

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N^o 401

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Tiburce ROSENBERG

Né le 10 avril 1906, à Budapest (Hongrie)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

ET PATHOGÉNIQUE

DES

ABCÈS DE LA CLOISON NASALE

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Tiburce ROSENBERG

Né le 10 avril 1906, à Budapest (Hongrie)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
ET PATHOGÉNIQUE

DES

ABCÈS DE LA CLOISON NASALE

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{te}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

*ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLÉRY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.	Clinique obstétricale.		
ÉCALLE.			
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR LEMAITRE

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
Membre de l'Académie
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR RAMADIER

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Hommage respectueux et reconnaissant.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

M. LE DOCTEUR ANDRÉ BLOCH

M. LE DOCTEUR BOURGEOIS

M. LE DOCTEUR BALDENWECK

M. LE DOCTEUR RAMADIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
ET PATHOGÉNIQUE
DES ABCÈS DE LA CLOISON NASALE

Avant-Propos.

Caractéristiques anatomiques de la cloison. Cloison ostéo-fibro-cartilagineuse, le septum du nez est placé de champ entre les fosses nasales.

Elle occupe toute leur hauteur, du plancher à la voûte. En avant, sa portion cartilagineuse dépasse notablement un plan passant par les orifices piriformes. En arrière, la partie libre de son bord fait saillie dans le cavum, le reste de ce bord s'articule avec le sphénoïde. Son épaisseur est seulement de quelques millimètres.

La cloison du nez possède donc une assez grande indépendance des organes voisins : les sinus frontaux, maxillaires et ethmoïdaux s'ouvrent derrière les cornets moyens et supérieurs formant écran protecteur.

Les orifices du sinus sphénoïdal ne sont pas loin de la cloison, mais dans cette région le vomer se défend bien.

Conséquences pathologiques. Ces caractéristiques anatomiques principales de la cloison expliquent les deux traits dominants de sa pathologie :

- d'une part, sa grande vulnérabilité mécanique au niveau de la pyramide nasale ;
- d'autre part, sa participation rare aux processus infectieux ;

et partant la fréquence assez importante des abcès de la cloison dus au traumatisme, en même temps que la grande rareté des abcès non traumatiques se développant à la suite d'infections de voisinage ou à distance.

Étiologie. Nous nous occuperons dans le présent travail surtout de cette deuxième catégorie de collections englobant un grand nombre de variétés étiologiques dont la classification a fait l'objet de quelques travaux modernes.

Cette multiplicité des causes, sinusites, lésions dentaires, furoncles, etc., opposée à la rareté des abcès non traumatiques eux-mêmes se comprend cependant si l'on songe aux nombreux liens qui, malgré son isolement relatif dans l'espace, rattachent la cloison aux organes environnants. Pour les sinus maxillaires, ce sont des rapports vasculo-lymphatiques ; pour les sinus frontaux des canaux de communication, à vrai dire très imparfaitement connus, entre l'os frontal et la cloison, une ostéite de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal peut intéresser directement le vomer, une

sinusite ethmoïdale extériorisée dans la fosse nasale peut décoller la muqueuse de proche en proche pour arriver jusqu'à la cloison.

Quant aux affections dentaires, les incisives médianes supérieures ne sont qu'à quelques millimètres de la partie antérieure de la cloison.

Enfin, certains furoncles se développent au contact même du septum.

Nous nous étendrons davantage sur cette dernière catégorie d'abcès en raison de leur grande rareté. En effet, il n'existe dans la littérature — à ce que nous sachions — que trois observations de cette affection (Mc Kenzie, Seiferth, Coulet). Nous les donnerons *in extenso*, ainsi que deux autres, inédites, dues à notre maître le Dr Ramadier.

Symptomatologie. Nous nous occuperons de la symptomatologie des abcès cliniquement primitifs surtout, car ils se prêtent le mieux à une étude sémiologique.

Pathogénie. La pathogénie des abcès de la cloison, le mécanisme de la destruction du cartilage et aussi l'étude des déformations nasales résultant de ces abcès nous arrêteront un peu plus longtemps.

Traitement. Enfin, à la lumière de travaux récents sur le traitement des abcès de la cloison et après avoir étudié les nombreuses méthodes

thérapeutiques employées par les différents auteurs, nous essayerons de définir la conduite thérapeutique qui nous paraît la plus opportune à opposer à ces suppurations, quelquefois désagréablement prolongées, ainsi qu'à l'apparition de déformations nasales pas toujours faciles à corriger, mais constamment fort disgracieuses.

Nous remercions ici-même le D^r Ramadier de la constante sollicitude qu'il a bien voulu nous témoigner aussi bien en nous aidant dans la rédaction de cette thèse, dont il nous a inspiré le sujet, que durant le séjour que nous avons fait comme externe dans son beau service de l'Hôpital de la Pitié.

Historique.

Les abcès traumatiques. La connaissance des abcès du septum nasal est centenaire. Depuis la belle série de cas d'abcès post-traumatiques qu'Arnault, interne de Cloquet, avait publiée en 1830 dans le *Journal hebdomadaire de médecine*, les observations se sont multipliées et il est quasi impossible d'en dresser aujourd'hui une revue bibliographique complète.

Les abcès non traumatiques. Il faut attendre environ 50 ans après les premiers cas d'abcès traumatiques pour voir apparaître dans la littérature les premières observations d'abcès de la cloison non imputables à un traumatisme et étiquetés quelquefois, dans l'ignorance de leur cause, « idiopathiques » (Delavan, Wagner).

Les abcès « idiopathiques ». Cette classe résiste une dizaine d'années aux tentatives de démembrement et ce n'est qu'après la publication de cas d'abcès non traumatiques nettement en rapport spatial et chronologique avec des

lésions diverses : dentaires, cutanées, sinusiennes, que le bloc « idiopathique » subit une décomposition complète (Dantziger, Schröder, Gougenheim).

Les abcès d'origine dentaire. Les abcès d'origine dentaire sont observés et commentés par les Italiens au début du siècle (Ricci, di Vestea) et servent de point de départ aux différentes théories pathogéniques (Bauer, Mangabeira).

Les abcès d'origine furonculaire. La première observation authentique d'abcès du septum, suite de furonculose nasinaire, est due à Dan Mc Kenzie (1914) et nous n'avons pu en découvrir depuis cette date que deux autres : celle de Seiferth rapportée en 1926 et cette autre de Coulet datant de 1932.

Les deux dernières observations dues à notre maître, le Dr Ramadier, et qu'il a bien voulu nous permettre d'insérer dans la présente thèse datent respectivement de 1932 et de 1935.

Les complications. La première relation de complications graves survenue à la suite d'abcès de la cloison nasale est relativement récente (Benjamin, 1930). Depuis cette observation, on n'en a rapporté qu'en nombre assez réduit mais par contre très variées dans leur nature et leur localisation : sinus veineux du crâne, méninges, lobe

frontal du cerveau, orbite ; phlébite, méningite, abcès, périostite.

Un appoint considérable pour la compréhension du mécanisme de production et des modalités évolutives des abcès de la cloison nous est fourni dans le beau travail expérimental peu connu du Japonais Saburo Kuraï (1934) sur l'infection expérimentale du cartilage.

A l'heure actuelle, l'histoire clinique des abcès de la cloison n'a plus de secrets pour le médecin, le traitement de leurs séquelles est de même définitivement établi depuis les travaux de Broekert, Eckstein, Gault, Carter.

Au contraire la pathogénie et l'histopathologie de l'abcès du septum restent terrains peu explorés.

Le traitement. Quant au traitement que la presque totalité des auteurs oppose indifféremment à tous les abcès de la cloison, quelle que soit leur origine, il est de la plus grande diversité : de la simple ponction évacuatrice suivie d'injection de bactériophage (Raiga) par l'excision d'une rondelle de muqueuse (Lermoyez, Schaeffer) au véritable acte chirurgical fait de curettage, de résection et de fermeture par première intention (Menzel).

Fréquence, étiologie, classification.

Fréquence. L'abcès de la cloison, quelle que soit son origine, est une affection peu fréquente. Le nombre des cas rapportés par les différents auteurs se chiffre par quelques unités (Garel).

Lamber Lack n'a observé que 12 cas parmi les 17.000 malades qu'il a eu l'occasion d'examiner. Mangabeira en 11 années de pratique n'en a vu que 4. Ruault surprend vivement Gougenheim en affirmant avoir vu 60 ou 80 cas d'abcès de la cloison nasale, alors que celui-ci, médecin de Lariboisière, n'en a rencontré qu'un nombre beaucoup plus modeste.

Les abcès traumatiques de la cloison opposent à leur rareté absolue une fréquence relative considérable par rapport aux autres catégories d'abcès du septum. On relève dans la littérature environ une dizaine d'observations d'abcès odontogènes de la cloison, à peu près autant d'abcès post-grippaux, cinq cas d'abcès de la cloison par furonculose nasale. Les autres abcès à étiologie éberthienne, varicelleuse, pharyngée, etc., sont encore moins nombreux.

Causes Le sexe, la race ne paraissent pas jouer un rôle étiologique, il ne semble pas y avoir non plus de

facteurs prédisposants spéciaux tels que maladie diathésique, troubles de la coagulation sanguine (hémogénie, hémophilie).

En ce qui concerne l'âge certains auteurs prétendent avoir rencontré un plus grand nombre d'abcès traumatiques chez l'enfant que chez l'adulte, fait qu'ils expliquent par la statique défectueuse de l'enfant, essayant ses premiers pas, faisant facilement des chutes au cours desquelles il montre une tendance nette à tomber sur la figure (Schaeffer, Lavrand). On peut dire cependant que les accidents nombreux de la circulation, du travail, ainsi que la pratique de plus en plus répandue de sports et de jeux violents (rugby, pancrace, boxe), tous phénomènes modernes, auront tôt fait de faire pencher la balance en faveur de l'adulte.

Nous possédons très peu d'observations d'abcès de la cloison survenu chez le vieillard.

Causes	La seule classification possible
déterminantes,	des abcès de la cloison est basée sur
classifications.	la notion étiologique, à en juger par
	celles — légèrement différentes les
	unes des autres — que nous proposent les auteurs.

Les abcès	Sans aucun doute, le facteur étiolo-
traumatiques	gique dominant des abcès qui nous
accidentels.	occupent est représenté par le trau-
	matisme. Aussi est-il naturel que
	la plupart des auteurs classent ces abcès en 2 caté-

gories : les traumatiques et les non traumatiques.

Les premiers peuvent être subdivisés logiquement en chirurgicaux et accidentels.

Les abcès chirurgicaux. En effet, les conditions d'apparition, le siège de l'abcès et le traitement sont différents suivant qu'il s'agit d'un blessé du nez ou d'un sujet ayant subi une opération sur le septum nasal. Chez ce dernier, des fautes d'asepsie, des esquilles d'os ou des fragments de cartilage laissés dans la cavité résiduelle d'une résection sous muqueuse de la cloison peuvent déterminer l'apparition d'un abcès intraseptal (Vialle, Ledermann, Ballenger, Menzel).

Les différentes classifications. Les abcès non traumatiques sont bien plus difficiles à catégoriser à cause du peu que nous savons de leur pathogénie, mais aussi et surtout du fait de l'existence d'abcès vraiment idiopathiques que l'on ne peut — avec la meilleure volonté — rattacher à aucune cause précise.

Classification de Fuchsig. Fuchsig, tout en adoptant la dualité : abcès traumatiques, abcès non traumatiques, subdivise ceux-ci en rhinogènes, par contiguïté et métastatiques. Cette classification ne satisfait point Mangabeira, car : 1° elle n'englobe pas les abcès du septum d'origine dentaire ; 2° elle omet les collections d'origine sinusienne,

puisqu'elles ne sont ni rhinogènes, ni métastatiques ; enfin : 3^o les abcès par propagation et aussi ceux consécutifs à des furoncles de la lèvre supérieure, de la sous-cloison ne peuvent pas faire partie de la subdivision d'abcès « métastatiques », vu que ce qualificatif se rapporte en réalité à des collections formées au cours des infections générales.

Classification Trautman réunit les abcès non de Trautmann. traumatiques dans un seul groupe, celui des abcès par processus propagé. Il les considère comme résultant de la propagation d'une infection du rhinopharynx, des sinus de la face, des fosses nasales, des dents. Mangabeira reproche à la dénomination de processus propagé de n'être pas rigoureusement exacte, de prêter à confusion, car, dit-il, les abcès métastatiques ne laissent pas non plus d'être des processus propagés, bien que cette propagation ne soit pas directe.

Classification La classification que donne Bey- de Beynès. nès des causes d'abcès du septum en agents extérieurs, affections de voisinage, maladies infectieuses, maladies diathésiques et causes inconnues donnant les soi-disant abcès idiopathiques est une classification qui du point de vue clinique ne manque certes pas d'utilité, mais qui scientifiquement ne nous paraît pas assez rigoureuse.

Classification de Mangabeira. La classification la plus complète à l'heure actuelle semble être celle de Mangabeira :

I. Traumatiques :

chirurgicaux ;
accidentels.

II. Non traumatiques :

1^o directs, d'origine :

- a) rhinopharyngée ;
- b) sinusienne ;
- c) nasale ;
- d) dentaire ;
- e) cutanée.

2^o indirects ou métastatiques.

I. Nous avons plus haut les abcès traumatiques du septum ;

II. Les abcès propagés directs sont rares.

Les abcès non traumatiques d'origine rhinopharyngée. a) Ceux qui reconnaissent une cause rhinopharyngée sont, par définition, consécutifs à une infection du cavum. Un des cas rapportés par Passow peut figurer dans ce groupe.

Il s'agissait d'un garçon de 15 ans qui après curetage des végétations adénoïdes et résection de la queue du cornet inférieur présenta une angine avec forte élévation thermique. Trois jours après un abcès de la cloison s'était constitué.

Les abcès d'origine sinusiennne. b) Nous connaissons 5 cas d'abcès de la cloison à point de départ sinusien. Dans celui de Hunter Tod une sinusite maxillaire suppurée s'est compliquée d'un abcès du palais osseux et presque en même temps d'une collection intraseptale.

Parke et Semon rapportent 2 cas de ce genre mais avec lésions très étendues des os propres du nez et du maxillaire supérieur.

Dans l'observation d'Autré l'abcès de la cloison a laissé une fistule dont l'exploration a montré l'existence d'une ostéite de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal, responsable à coup sûr dans la détermination de la périchondrite de la cloison.

Enfin, le cinquième cas, le plus récent, est celui que Beynès a pu suivre dans le Service hospitalier du Dr Bourgeois. Il s'agissait d'une ethmoïdite grippale ayant donné un volumineux abcès du septum tout à fait typique. Beynès reconnaît cependant que l'on pourrait aussi admettre que l'infection nasale qui a causé l'ethmoïdite a causé d'autre part l'abcès de la cloison : le malade a été vu pour la première fois à une époque où les deux lésions coexistaient. L'interrogatoire n'a pas pu renseigner sur l'antériorité de l'une par rapport à l'autre.

Les abcès d'origine nasale. c) Les abcès d'origine nasale ne sont pas si rares. Leur groupe est cependant très varié, car nous sommes obligés d'y incorporer des abcès très dispa-

rates, abcès par rhinite aiguë ou chronique (Wroblewski, Kuttner), ceux attribués à des excoriations de la muqueuse de Schneider (Dantziger, Arslan), les abcès survenant au cours d'inflammations spécifiques du nez, syphilis, tuberculose.

Bien que ces dernières donnent de préférence des périchondrites séreuses, Fischenich affirme que de vrais abcès de la cloison peuvent les compliquer par leur infection secondaire.

Mangabeira a observé un cas absolument unique d'abcès du septum à leishmanias.

Non moins curieux est le cas d'abcès de la cloison par myiase que cite Seiferth et dont l'incision a permis d'extérioriser une larve d'insecte (non identifiée cependant).

C'est également dans ce groupe qu'il faut placer le cas de Parsons, où il s'agissait d'un abcès de la cloison à prime abord absolument banal, mais dont le pus contenait des germes en tous points semblables à la bactéridie charbonneuse. Hypothèse confirmée d'ailleurs par la clinique, car ce malade après l'ouverture de son abcès et ne pouvant se défaire de l'habitude qui consistait chez lui à essuyer le nez du revers de la main, a présenté quelques jours plus tard une pustule maligne typique du dos de la main.

Le cas de Coulet rapporté par cet auteur à la Société des Laryngologistes des Hôpitaux de Paris fin 1932 relate l'histoire d'un abcès de la cloison survenu à la suite de l'infection d'une authentique vésicule d'herpès de la partie antéro-inférieure de la cloison.

Les abcès d'origine dentaire. d) La classe des abcès odontogènes de la cloison nasale s'enrichit de jour en jour. Il est de plus probable, depuis que l'on a vu que ces abcès pouvaient se produire sous l'influence de lésions dentaires même minimales et quelquefois déjà cicatrisées au moment de l'apparition de l'abcès (Jacques), qu'un certain nombre des fameux abcès « idiopathiques » n'étaient en réalité que des abcès odontogènes.

L'étude des nombreuses observations (Killian, Ricci, Misch, Ivanova, Schapiro, Vasiell, Di Vestea, Worms, Mangabeira, Busutti, Helsmoortel, Mazzochini, Mori) montre que ces abcès sont intéressants d'un double point de vue : 1^o leur pathogénie a donné lieu à bien des discussions ; 2^o on peut leur opposer un traitement véritablement étiologique.

Les abcès d'origine cutanée. e) Parmi les abcès de la cloison d'origine cutanée nous en connaissons qui succèdent à un érysipèle de la face ou du pourtour des orifices nasaux (Herzfeld, Wroblewski, Eljassom), à un furoncle de la lèvre supérieure (Passow), mais nous nous occuperons surtout de ceux qui surviennent après un furoncle ou une folliculite du vestibule nasal, de la sous-cloison ou de l'aile du nez, estimant que ces derniers présentent entre eux un lien pathogénique grâce aux connexions vasculo-lymphatiques que possède cette région de la pyramide nasale.

La première observation d'abcès du septum, suite

d'un furoncle du nez, nous est fournie par Dan Mac Kenzie en 1914 :

OBSERVATION I. — Homme âgé de 25 ans, ingénieur des mines en Afrique Occidentale, en congé chez lui depuis 3 mois environ quand il est vu pour la première fois par l'auteur.

Peu après son départ d'Afrique en mars 1913 le malade commence à souffrir de furonculose. Un clou apparaît derrière une oreille, un autre sur la nuque. Le 1^{er} mai il ressent une sorte d'irritation dans la narine droite et le surlendemain le nez se met à enfler. Il souffre beaucoup, ne peut dormir et est finalement contraint à garder le lit. Un médecin appelé à ce moment incise la tuméfaction vestibulaire par la narine. Une grande quantité de pus est évacuée, mais continue à s'écouler pendant encore 8 ou 10 jours.

Le malade a remarqué au cours de la suppuration l'élimination de petits débris jaune sale.

Six semaines plus tard, au moment où le malade est vu pour la première fois par Mc Kenzie, la suppuration nasale est à peu près tarie, mais il se plaint de l'impossibilité où il se trouve de respirer par le nez.

L'examen du nez montre que son imperméabilité est due à la présence de part et d'autre de la cloison d'une tuméfaction molle semblant se continuer avec celle du vestibule.

Peu de temps après le gonflement vestibulaire s'affaisse, mais l'état de la cloison reste stationnaire.

Une incision de cette dernière est alors pratiquée à droite, donnant issue à une quantité abondante de pus.

Le petit doigt introduit dans la cavité de l'abcès ren-

contre au niveau du cartilage une perte de substance suffisante pour permettre de traverser celui-ci et d'arriver dans la poche opposée.

La cicatrisation se fait rapidement mais il persiste un certain élargissement et un peu d'affaissement de l'arête nasale.

La deuxième observation en date a été publiée par Seiferth en 1926. Elle a trait à un abcès de la cloison survenu au décours d'une furonculose de l'aile du nez.

OBSERVATION II. — Jeune fille âgée de 18 ans. N'a jamais été sérieusement malade. Fin juillet 1925, apparition d'une petite tache rouge à la partie supérieure de l'aile droite du nez. Les jours suivants, extension de la rougeur avec infiltration de la région avoisinante. Le 4^e jour, apparition d'un point blanchâtre au sommet de la région œdématisée et évacuation de quelques gouttes de pus.

Simultanément augmentation de l'étendue de la rougeur et de l'infiltration de la joue et de l'hémi-front droits. L'œil correspondant est envahi par l'œdème, qui empiète même légèrement sur la joue gauche.

Application de teinture d'iode et de compresses à l'acétate de plomb.

Cinq jours plus tard gêne de la respiration nasale. Elancements et douleurs à la pression au niveau du nez. La cloison est fortement épaissie dans sa partie antérieure.

Quelques jours après la collection externe s'ouvre spontanément, donnant un peu de pus, mais sans améliorer la respiration nasale défectueuse. A partir de ce moment la malade ne se plaint plus de douleurs nasales.

Les œdèmes jugal et fronto-oculaire se résorbent. Le furoncle ne se cicatrise qu'assez lentement.

La persistance du blocage nasal motive l'entrée de la malade à la Clinique le 9 août.

A l'examen : l'aile droite du nez est un peu plus rouge que l'aile gauche et porte une petite cicatrice de furoncle.

Obstruction complète des deux narines par procidence de la muqueuse du septum affleurant à l'orifice des narines. A la palpation ces pseudo-tumeurs se montrent molles et fluctuantes. Pas de douleurs à la pression. La ponction ramène du pus jaune verdâtre, crémeux, odorant.

Diagnostic : Abscess de la cloison nasale.

Le lendemain ouverture de l'abcès. On incise la muqueuse du côté gauche. Le pus s'échappe sous pression. L'examen de la cavité après évacuation du pus montre de nombreuses granulations tapissant en couche épaisse la face profonde des muqueuses. Le cartilage est complètement détruit. Grattage soigneux des granulations à la curette tranchante. La cavité se nettoie rapidement après quelques jours de méchage et la plaie se ferme le 6 août. La malade quitte la clinique sans déformation nasale.

Examen histologique des débris provenant du curettage : Le tissu conjonctif sous-épithélial est épaissi et fortement vascularisé. Les cellules se composent surtout de leucocytes polynucléaires avec quelques éosinophiles. Ça et là, quelques lymphocytes et de rares plasmazellen, mais les neutrophiles prédominent partout très nettement. Ils présentent une disposition péri et intravasculaire.

Par places l'infiltration cellulaire est moindre. Les tissus apparaissent alors plus lâches, comme infiltrés par un œdème inflammatoire. On ne trouve pas d'image de fonte purulente ou caséeuse même dans les zones les plus riches

en cellules inflammatoires. Pas de tissu de granulation proprement dit. On n'y voit pas non plus de lésions susceptibles d'orienter l'idée vers la tuberculose ou la syphilis.

L'observation qu'à rapportée Coulet en 1932 à la Société des Laryngologistes des Hôpitaux de Paris est par bien des points superposable à la précédente.

OBSERVATION III. — Mlle S..., 18 ans, fait des études secondaires avec une ardeur et un élan qui ne sont pas sans influencer défavorablement sur son état de santé.

Elle fut atteinte pendant l'été dernier d'une série de furoncles qui se sont essaimés et se sont montrés assez tenaces.

Elle en est guérie depuis quelques mois quand se déclare à l'aile du nez du côté gauche un furoncle qui devient vite volumineux et prend rapidement l'allure d'un accident sérieux. La température monte à 39°. Il apparaît un œdème inquiétant le long de la pyramide nasale, jusqu'à l'angle interne de l'œil. Le médecin traitant utilise la vaccinothérapie, fait une incision du furoncle et les menaces de complications que l'on peut redouter en pareil cas disparaissent.

Tout s'arrange de ce côté quand la malade attire l'attention sur ce fait qu'elle a toujours le nez bouché et que sa fosse nasale droite elle-même s'obstrue de plus en plus.

C'est à ce moment que je suis appelé. Il n'y a plus de furoncle mais la cloison bombe dans les fosses nasales, tellement épaissie qu'elle empêche tout passage de l'air. Au bistouri je fais une incision parallèle à la sous-cloison qui donne issue à une certaine quantité de sérosité san-

guinolente tenant en suspension quelques grumeaux de pus blanc-verdâtre ressemblant à des débris de bourbillon. Dans les jours qui suivent les lèvres de l'incision s'indurent et s'épaississent. La cloison reste très bombée et se draine mal malgré une petite mèche insinuée dans la plaie et un pansement intra-nasal compressif. Néanmoins tout finit par s'arranger, malheureusement avec une déformation en coup de hache de l'arête nasale, que j'avais prévue et dont j'avais informé la famille. Cependant la jeune fille dont le profil était devenu si disgracieux se consola bien vite, une injection de paraffine sous la peau du nez lui ayant rendu sa physionomie normale.

Voilà une complication du furoncle de l'aile du nez qui pour être beaucoup moins redoutable que la thrombose de la faciale n'en est pas moins assez ennuyeuse dans ses manifestations douloureuses, physiques, esthétiques.

La transmission des germes a pu se faire par voie lymphatique, ou voie sanguine, mais il est plus vraisemblable qu'il s'agit d'une pénétration par continuité des tissus.

Au cours d'une discussion à la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris à propos d'un malade présenté par Coulet (abcès de la cloison, suite d'herpès), le Dr Ramadier a rapporté le cas suivant :

OBSERVATION IV. — Il s'agit d'une jeune fille qui à la suite d'une folliculite narinaire fit un abcès de la cloison. Le Dr Ramadier conclut à la nécessité d'une incision. Le Dr Bourgeois « fut appelé le soir même en consultation pour

dire si l'indication opératoire que j'avais posée était bien nécessaire, s'il fallait vraiment ouvrir cette poche. M. Bourgeois répondit comme moi qu'il fallait inciser. Je retirai de la sérosité mélangée à des grumeaux qui étaient des débris de cartilage nécrosés. L'examen bactériologique montra qu'il s'agissait de staphylocoques.

Ce qui est difficile en pareil cas c'est d'éviter l'effondrement du nez.

Je signale que j'ai employé l'autobactériophage et cette suppuration s'est arrêtée avec une rapidité telle que je suis un peu amené à attribuer au bactériophage un rôle vraiment efficace.

Cette jeune fille avait un très beau visage, avec une arête nasale impeccable ; elle a une légère dépression. Je l'ai revue quatre mois après et c'est une déformation pour ainsi dire insignifiante pour quelqu'un qui la voit d'une façon très superficielle.

Le cas suivant encore plus typique a été également observé par le D^r Ramadier.

OBSERVATION V (inédite). — Femme de 45 ans.

Depuis le 27 février 1935 un petit furoncle est apparu dans la narine gauche.

Le 1^{er} mars le nez est le siège d'une enflure commençante avec rougeur. Il y a de l'obstruction nasale.

La température, à 38°7 la veille, monte à 39°6 le soir du 1^{er} mars et continue son ascension les jours suivants pour atteindre 40°6 le 3 mars.

Ce jour-là l'obstruction nasale est devenue complète et des douleurs intenses existent au niveau du nez.

A partir du 4 mars et jusqu'au 8 on pratique tous les

2 jours une injection sous-cutanée de 3 cmc. de propidon.

Dans la nuit du 5 au 6, la malade mouche du sang qui lui a semblé contenir quelques traînées de pus.

Le 6 mars, incision bilatérale de la poche qui s'était formée entre temps, par le Dr Ramadier, appelé ce jour, et qui a diagnostiqué un abcès de la cloison.

Son contenu est surtout hémorragique, il n'y a que très peu de pus. Les plaies saignent abondamment. L'hémorragie nécessite un tamponnement serré des fosses nasales.

Le surlendemain, une sérosité abondante et odorante s'écoule du nez au moment de l'ablation des mèches. L'écoulement contient quelques grumeaux. On place un drain dans la poche par lequel on fera deux fois par jour des lavages au bactériophage de d'Hérelle.

L'écoulement séreux par le drain diminue progressivement.

Le 18 mars, le drain est supprimé. Une légère encoche de l'arête nasale commence à apparaître.

La malade est revue au début d'avril. Elle présente une encoche assez peu marquée du dos du nez.

Le liquide provenant de l'incision fut soumis à un examen cyto-bactériologique qui montra la présence de polynucléaires altérés et de staphylocoques.

De plus, cette malade présentait depuis quelques mois de la folliculite narinaire, des furoncles du menton et des conduits auditifs externes. Il n'y a donc aucun doute qu'il s'agissait chez elle d'une périchondrite staphylococcique de la cloison, survenue à la suite d'un petit furoncle de la narine gauche.

Les abcès métastatiques. 2^o Les abcès indirects ou métastatiques surviennent comme complication d'infections générales.

Au cours des maladies infectieuses. On en a observé dans la variole (Wroblewski, Watermann), la grippe (Dantziger, Rudakoff, Hecht, Ninger), la rougeole, la scarlatine (Mac Kerron, Watermann), la morve, le typhus, la fièvre typhoïde (Knight, Moveu, Mackenzic, Wroblewski).

Au cours des septicémies. Il existe en outre deux cas authentiques d'abcès de la cloison par métastase septique au cours de septicémies médicales (Plant, Benz).

Mode de production par métastase vraie. Comment expliquer ces abcès? Il en est qui sont véritablement métastatiques comme les cas de Plant et de Benz où il s'agissait de suppurations multiples témoins de phénomènes septico-pyohémiques.

Influence de facteurs locaux. Dans la fièvre typhoïde il est également probable que l'apparition d'une suppuration intraseptale n'est que l'expression de la tendance bien connue du bacille d'Eberth à produire fréquemment des abcès métastatiques dans le reste de l'organisme. Mal-

heureusement nous ne possédons aucun critère bactériologique tiré de l'examen du pus.

Modifications Il ne faudrait cependant pas négliger le facteur local. Dans la typhoïde de la muqueuse. il n'y a pas de coryza mais on connaît la fréquence des épistaxis qui prouvent bien les solutions de continuité de la muqueuse. Il existe en outre de la sécheresse des muqueuses avec formation de croûtes dans le nez, et enfin une grande adynamie créant des conditions favorables à l'exaltation de la virulence des germes.

Rhinites. Certaines maladies infectieuses (rougeole, grippe) s'accompagnent même de rhinites infectieuses, souvent ulcéreuses, créant ainsi de toutes pièces de véritables portes d'entrée aux microbes pyogènes venus de l'extérieur ou saprophytes des fosses nasales qui, avec une virulence toute nouvelle, s'attaquent à une muqueuse privée de ses moyens de défense normaux.

Métastase Il est une catégorie d'abcès à partir d'un foyer de la cloison jusque-là étiquetés idiopathiques, que l'on serait tenté à faire figurer dans le groupe des abcès métastatiques.

En effet, dans la presque totalité des cas (Schröder, Delavan, Wagner, Menzel, Lublinski), on est frappé par l'intensité des phénomènes généraux :

frissons, hyperthermie, malaises, céphalée, etc., précédant la suppuration et même toute manifestation locale douloureuse. A tel point que l'on a l'impression d'un essaimage microbien dans la circulation à partir d'un foyer infectieux indéterminé qui donnerait lieu ainsi par métastase à la suppuration de la cloison.

Il s'agit peut-être d'une amygdale ou d'un rhinopharynx chroniquement infectés aux responsabilités pathogéniques si lourdes (Worms), de dents cariées, d'infections dentaires périapicales anciennes et latentes, de petites lésions cutanées passées inaperçues.

Dans bien des cas ce foyer reste occulte. Mais sait-on toujours de quel point de l'organisme est parti le staphylocoque de l'ostéomyélite aiguë des adolescents, ou l'agent pathogène d'une périchondrite « idiopathique » des cartilages du larynx ?

Ainsi, bien souvent, malgré une enquête étiologique très poussée, l'abcès de la cloison demeure, en apparence, « spontané » ou « idiopathique ».

L'observation ci-dessous illustre bien les cas où il est impossible de découvrir une circonstance pathologique pouvant être mise nettement en rapport de cause à effet avec la suppuration nasale :

OBSERVATION VI (inédite). (Dr Ramadier). — 30 octobre 1935. Homme de 32 ans. Nez rouge, tuméfié, très douloureux. Température 39°. Respiration nasale à peu près complètement bloquée des deux côtés. Tuméfaction bilatérale

de la cloison à peine réductible à la pression au porte-coton.

Le surlendemain, la tuméfaction paraît ramollie. On incise. Issue d'un peu de sang et de quelques gouttes de pus (ou de débris nécrosés) contrastant avec l'écoulement hémorragique. Chute de la température dès le soir. Drainage à la mèche renouvelée tous les jours.

Cicatrisation en une huitaine de jours. Encoche légère du bord antérieur de la cloison cartilagineuse.

Cet homme qui est un ouvrier nous renseigne mal sur le fait de savoir s'il a eu ou non une excoriation ou un bouton de la région nasinaire. Par contre, il affirme, et son patron le confirme, qu'il a eu quinze jours auparavant un traumatisme nasal par une pièce de bois qui lui est tombée sur le nez. Il est aussi affirmatif sur les suites immédiates de ce traumatisme.

Il a souffert pendant quelques jours, mais n'a ressenti absolument aucune gêne de la respiration nasale jusqu'au début de l'histoire que nous venons de relater. De plus, l'intervalle libre qui a séparé le traumatisme de l'apparition des premiers symptômes d'abcès est trop considérable : deux semaines au lieu des quelques jours habituels.

Nous croyons donc pouvoir admettre que cet abcès de la cloison est indépendant de son traumatisme.

Comme en outre cet ouvrier était en pleine santé apparente au moment où est survenu l'épisode nasal, possédait une excellente denture et ne présentait rien d'anormal du côté du sinus, nous pouvons de même éliminer chez lui toutes les causes habituelles locales ou générales susceptibles de donner des abcès du septum.

Symptomatologie.

Type Nous prendrons pour type de
de description. description l'abcès chaud primitif
de la cloison. Primitif en ce sens
que son étiologie n'est pas évidente, et qu'il faut
mettre, à son propos, en œuvre l'investigation cli-
nique afin de lui découvrir une cause. Les recherches
effectuées dans ce but restent souvent infructueuses.
Aussi aurons-nous à traiter sous la dénomination
d'abcès primitifs de la cloison les abcès « idiopa-
thiques », certains abcès odontogènes du septum à
l'exclusion des abcès traumatiques, des abcès secon-
daires à une affection oto-rhino-laryngologique ou
à une maladie infectieuse.

A la critique que l'on peut élever contre cette façon
de décrire en premier lieu et comme type d'une affec-
tion ses formes de beaucoup les plus rares, on peut
opposer des arguments cliniques et anatomo-patholo-
giques.

Abcès Du point de vue clinique tout autrement
primitif. se présente aux yeux du médecin ce sujet
jusque-là bien portant qui, après avoir
eu pendant quelques jours des signes infectieux, va

montrer au niveau de son nez un ensemble de symptômes qui progressivement, et en général assez tard — souvent après des errements diagnostiques — permettront de reconnaître l'abcès ; et cet autre, traumatisé du nez, la plupart du temps soumis d'emblée (accidents du travail, accidents de la voie publique) à un examen clinique et radiologique soigneux montrant un hématome que l'on sait être un abcès en puissance.

Chez ce dernier, le traitement prophylactique ou du moins précoce de l'abcès peut être mis en œuvre, alors que chez le premier la thérapeutique chirurgicale n'est souvent appliquée qu'à un moment où le pus a déjà achevé son œuvre.

Dans les abcès de la cloison secondaires à une maladie infectieuse, le syndrome infectieux de l'abcès peut se trouver noyé parmi les symptômes propres de la maladie causale, fait susceptible de modifier le tableau clinique de la périchondrite.

Quant aux affections oto-rhino-laryngologiques, un furoncle du nez, par l'inflammation intense qu'il entraîne, peut masquer le début d'un abcès de la cloison. D'un autre côté, l'apparition d'une périchondrite du septum au cours d'une sinusite régulièrement suivie ne saurait échapper à l'attention du spécialiste qui n'aura pas ainsi à résoudre les problèmes diagnostiques que pose souvent l'abcès primitif au début de son évolution.

Somme toute, ce n'est que dans les abcès survenant en pleine santé apparente que le tableau clinique

apparaît dans toute sa pureté, toute son indépendance.

Ces abcès évoluent en règle générale sur le mode aigu.

Prodromes. Quelquefois, à la suite de prodromes consistant en maux de têtes fréquents (Schrøder), ou en sensation de corps étranger intranasal correspondant à la rhinoscopie, à de l'hyperémie et à de la turgescence de la pituitaire (Clinton, Wagner), survient un accès fébrile plus ou moins intense.

Période de début. Cette fièvre est très souvent attribuée à la grippe. La température varie entre 38°5 et 40° ou plus et ce n'est qu'exceptionnellement qu'un abcès primitif se constitue dans l'apyrexie.

Eu même temps que cette fièvre apparaissent d'autres phénomènes généraux : malaises, frissons, sueurs, insomnie, angoisse, agitation.

A cette période, qui dure habituellement de 2 à 4 jours, l'attention n'est pas attirée vers le nez et, s'il y a quelquefois de l'obstruction nasale, elle n'est jamais très prononcée, et mise naturellement sur le compte d'une rhinite grippale. Il n'y a cependant jamais d'hypersécrétion nasale.

Période d'état. La période d'état coïncide avec l'apparition de symptômes nasaux.

Symptômes Le nez s'endolorit. Le siège de la
nasaux. douleur est variable. Tantôt le malade
souffre nettement de sa cloison, tantôt
c'est une douleur diffuse pouvant même s'irradier
vers le front ou vers les orbites.

Douleur. La douleur, assez intense, est perma-
nente et s'exacerbe à certains moments
sous forme d'élançements spontanés ou sous l'action
des efforts de mouchage de plus en plus pénibles en
raison de la diminution progressive de la perméabi-
lité nasale.

Obstruction En effet, la respiration par le nez
nasale. devient de plus en plus déficiente et
si l'abcès qui va se former est bilaté-
ral, elle devient bientôt tout à fait impossible. La
respiration est exclusivement buccale nuit et jour. Si
le malade arrive à s'assoupir il dort la bouche ouverte
et au réveil celle-ci est sèche et pâteuse.

Modification La voix est altérée, comme nason-
de la voix. née, perd son timbre. Elle est à ce
moment assez caractéristique pour que
Horgan ait pu prétendre avoir posé d'emblée le diag-
nostic d'abcès de la cloison sans le secours de la rhi-
noscopie chez un malade qui est venu lui raconter,
tout en nasonnant, l'histoire de sa chute de cheval
sur le nez.

Anosmie, L'obstruction nasale s'accompagne
agueusie. aussi de troubles du goût et de l'odorat, plus ou moins émoussés par la fermeture de la fente olfactive.

Hypoacousie. On a observé de l'hypoacousie transitoire mise sur le compte de l'imperméabilité des fosses nasales, s'opposant au retour à la pression atmosphérique normale dans le cavum au moment de la déglutition, qui tend à y créer un vide relatif. L'appel d'air qui se fait alors du nasopharynx vers ses cavités annexes (caisse du tympan) provoque la rétraction permanente du tympan et partant des troubles de l'audition.

Larmolement. Il existe quelquefois du larmolement et de la photophobie par mécanisme réflexe ou par obstruction du canal lacrymo-nasal.

A ce moment déjà, douleurs et obstruction nasale ont attiré l'attention du côté du nez. D'ailleurs, son aspect extérieur ne va pas tarder à se modifier. Deux signes de la série des symptômes inflammatoires vont y concourir : la rougeur et l'œdème.

Rougeur. La rougeur débute au niveau des narines et de la sous-cloison et gagne rapidement les ailes du nez, puis la totalité de l'appendice nasal. Les parties adjacentes des joues et de la lèvre supérieure peuvent être également envahies par une rougeur généralement intense.

Le rouge vif d'avant l'apparition de l'œdème fait bientôt place à une teinte livide à cause de la gêne circulatoire que crée l'œdème. Quand celui-ci est accentué, la peau se distend au maximum et prend un aspect brillant, luisant.

Œdème. L'œdème a la même topographie que la rougeur et comme elle dépasse quelquefois largement les limites du nez, infiltrant les paupières, le front, les joues sous forme d'un empâtement rouge, induré, simulant la plaque d'érysipèle (Labarrière).

Déformations. Dans un certain nombre d'observations il a existé déjà à cette période de la maladie une déformation au niveau du nez sous forme d'aplatissement ou même d'encoche de l'arête nasale.

Palpation. Le nez est très sensible à la pression. Le maximum de la douleur siège au niveau de son arête, débordant quelquefois sur la zone qui correspond aux cartilages triangulaires, assez souvent intéressés dans le processus de chondro-péri-chondrite.

Par contre, les narines et le lobule du nez sont bien moins douloureux et le toucher à leur niveau est très supportable, à moins de tentatives de mobilisation latérale de la partie mobile du nez.

Ramollissement de l'arête nasale. Quelquefois l'arête nasale dans sa partie sous-jacente aux os propres a déjà perdu à ce moment cette résistance élastique qui

lui est caractéristique et présente une certaine mollesse, témoin de la destruction du cartilage de la cloison qui en forme le squelette à ce niveau. [Ce renseignement quasi-anatomique sur l'état de la cloison ne permet cependant pas de préjuger de l'existence ultérieure d'une déformation apparente, car, comme nous le verrons, celle-ci est sous la dépendance non pas d'un seul, mais de plusieurs facteurs qui pourront jouer d'une façon imprévisible.]

En regardant dans le nez du malade, on pourra y voir de chaque côté, près de l'ouverture narinale, une saillie de couleur rouge vif, comme vernissée.

Cette découverte donne une nouvelle orientation au diagnostic et celui de grippe ou d'une autre infection générale du début, d'érysipèle de la période d'état fait alors place à celui de polypes muqueux possibles.

Tuméfaction uni ou bilatérale de la cloison. Un examen un peu plus approfondi lève cependant les doutes sur la nature exacte de ces tuméfactions. La rhinoscopie antérieure montre en effet

que cette tuméfaction est opaque, franchement rouge et non pas translucide, blanchâtre ou rose pâle et

d'aspect gélatineux comme les polypes. Le stylet la montre fixe, dépendant de la cloison : il n'y a pas d'espace libre entre septum et tumeur. On peut en faire le tour du côté de la paroi externe des fosses nasales, bien que très souvent la tuméfaction prenne contact intime avec les cornets correspondants.

Au début de son évolution, cette tuméfaction peut apparaître assez dure au toucher. En effet à ce premier stade il s'agit surtout de périchondrite et la muqueuse, bien que fortement turgescence, repose encore sur un plan résistant, le cartilage. Cette hyperémie cesse momentanément, lorsqu'à la suite d'un badigeonnage à l'adrénaline la muqueuse se rétracte légèrement.

Mais au fur et à mesure de sa maturation la tuméfaction va se ramollir. Elle apparaît alors molle et à peine rénitente, fluctuante. Si l'on a soin de mettre le bout du petit doigt de chaque main dans les narines au contact des saillies, on peut constater que, en cas de bilatéralité, ce qui est presque la règle et s'il y a communication entre les poches — ce qui est extrêmement fréquent, — lorsqu'on appuie alternativement sur les deux poches on fait refluer le liquide d'une poche dans l'autre. On a donc affaire à un abcès en bissac.

Cette manœuvre peu recommandable, car très douloureuse dans les abcès chauds qui nous occupent, est plus facile à exécuter et souvent plus nette dans les abcès à allure froide ou subaiguë. D'une part on n'est pas gêné par les protestations du malade, d'autre part, les parois de la poche sont plus souples,

alors que dans les abcès chauds, l'épaississement de la muqueuse est considérable, réduisant les dimensions de la cavité de l'abcès et lui conférant une certaine rigidité.

Siège et étendue de l'abcès. Cette saillie siège presque toujours au voisinage de la narine ; elle occupe généralement toute la hauteur de la partie antérieure cartilagineuse de la cloison. Il est par contre très difficile de savoir quelle est son étendue en profondeur, vu qu'elle remplit complètement le vestibule et intercepte la vue sur les régions profondes de la fosse nasale correspondante. Suivant le degré de distension que fait subir le pus à la muqueuse, celle-ci peut rester au delà d'un plan passant par l'orifice narinaire ou au contraire devenir procidente et apparaître hors du nez.

La ponction exploratrice. La fluctuation et le phénomène du bissac commandent la ponction exploratrice. Celle-ci peut devenir superflue au cas où le diagnostic est absolument certain, n'en est pas moins toujours utile en confirmant un diagnostic hésitant, en permettant d'éviter l'incision d'un hémangiome et enfin en constituant un prélèvement aseptique de pus que l'on pourra soumettre à un examen cyto-bactériologique. Nous verrons plus loin l'intérêt thérapeutique d'un diagnostic bactériologique exact.

Le pus, Le pus est d'aspect variable, ses caractères, très fluide, presque de la sérosité sa bactériologie. ou au contraire crémeux. Homogène ou tenant en suspension des grumeaux, des débris amorphes ou des paillettes ressemblant à de petits morceaux de glace fondante (Horgan), sa coloration est généralement jaune ou jaune verdâtre.

Tantôt fétide, tantôt absolument inodore, ce pus peut être mono ou polymicrobien. Il contient dans la très grande majorité des cas des pyogènes banaux. Parmi ceux-ci, c'est le staphylocoque et ensuite le streptocoque que l'on rencontre le plus souvent. Dans plus de la moitié des observations publiées, l'examen bactériologique a été omis. Dans un cas de Cordeiro, il s'agissait de pneumocoques. Parsons a trouvé dans le pus d'un abcès de la cloison des bactériidies charbonneuses à l'examen direct. Mais l'identification du germe n'a pas été poussée loin, aucune culture n'en ayant été faite. Néanmoins la preuve clinique qu'il apporte en faveur de son hypothèse est d'une réelle valeur : pustule maligne du dos de la main après incision de l'abcès intranasal.

D'autres fois, le contenu de l'abcès est franchement hémorragique, en l'absence même de tout traumatisme.

Signes généraux. A mesure que l'abcès s'est constitué, les phénomènes généraux se sont accentués ; la température devient oscillante,

le malade est agité, il y a de l'oligurie, de la constipation, la langue est saburrale.

La douleur est pulsatile, extrêmement intense, le malade éprouve une sensation de distension très prononcée au niveau de l'appendice nasal. Par contre, lorsque l'abcès a atteint le maximum de son développement, les douleurs cessent quelquefois brusquement pour ne plus réapparaître.

Evolution. Sans intervention cette période dure généralement une huitaine de jours. L'abcès s'extériorise dans les deux ou le plus souvent dans une seule des fosses nasales. La quantité de pus évacuée est d'habitude assez importante. Cette ouverture spontanée amène une sédation immédiate des phénomènes locaux et généraux.

En l'absence de soin, la suppuration se prolonge avec élimination de séquestres cartilagineux et osseux. Le drainage est insuffisant, le septum est petit à petit entièrement détruit. Les parois de l'abcès restent infiltrées, d'où mauvais accolement des muqueuses, persistance d'une cavité qui ne se comble que très lentement et communique avec l'extérieur par une fistule.

L'ouverture spontanée peut de même se faire au niveau du dos du nez avec, la plupart du temps, fistulisation.

Traitée, par contre, correctement, la suppuration cesse au bout d'une huitaine de jours, la plaie se cicatrise et les déformations, si elles se produisent, seront ainsi réduites au minimum.

Formes cliniques.

Tel est le tableau habituel d'un abcès chaud en apparence primitif de la cloison. Il est cependant loin d'être toujours semblable à lui-même et, bien qu'il s'agisse d'une affection locale, les grandes différences que peut présenter, suivant les cas, sa symptomatologie lui font décrire de véritables formes cliniques.

L'évolution des abcès de la cloison permet de distinguer deux catégories : les abcès aigus et les abcès chroniques.

Les abcès chroniques. Les premiers nous ont servi de type de description.

L'abcès chronique a un début plus insidieux et une évolution moins tapageuse. Il ne s'accompagne pas de vives réactions générales et se révèle surtout par une obstruction nasale progressive. La céphalée existe, mais est moins marquée et paraît liée au degré d'obstruction nasale.

Vatstzaroff a noté des crises douloureuses intermittentes qu'il attribue à la rétention des sécrétions nasales en arrière de l'abri, car les douleurs s'apaisaient quand les sécrétions étaient rejetées à la faveur d'un éternuement.

On trouve dans les fosses nasales une tuméfaction habituellement bilatérale ayant l'apparence d'une masse rosée, fluctuante, sillonnée quelquefois de varicosités. La ponction permet de retirer un liquide séreux parfois purulent. Dans certains cas, l'examen bactériologique a permis d'identifier le bacille de Koch. Dans d'autres cas il s'agissait d'abcès à évolution lente et renfermant des microbes de suppuration banale.

La marche de la maladie est insidieuse et la collection froide ne paraît pas avoir grande tendance à l'évacuation spontanée.

Ces abcès insidieux n'ont pas du point de vue local un pronostic meilleur que les formes aiguës. Il sont susceptibles eux aussi de provoquer un affaissement du nez et une encoche au-dessous du bord inférieur des os propres.

Les abcès Quant aux formes étiologiques les **traumatiques**. abcès traumatiques revêtent tantôt le type aigu, tantôt le type chronique. L'intervalle libre qui sépare le traumatisme de l'apparition des premiers symptômes de péri-chondrite est essentiellement variable : de quelques jours le plus souvent, il peut atteindre plusieurs semaines quelquefois et l'on a même observé un cas (Horgan) où l'abcès n'est survenu que 6 ans après le traumatisme. Evidemment le rôle étiologique du traumatisme devient plus que problématique dans ces abcédations très tardives.

Les abcès traumatiques de la cloison sont toujours précédés d'un hématome se traduisant fonctionnellement par de la gêne respiratoire nasale et il est toujours important de rechercher dans les antécédents ce signe capital avant de mettre l'abcès sur le compte d'un traumatisme nasal quelquefois bien lointain.

L'hématome suppure dans la règle, mais pas toujours et il peut finir par se résorber ou se transformer en kyste séreux.

Les abcès	Les abcès non traumatiques
non traumatiques.	aux étiologies si variées affectent
	le plus souvent une marche
	aiguë avec destruction rapide et précoce du cartilage
	de la cloison, d'où la fréquence des déformations
	nasales dans ces formes.

Complications.

Les abcès de la cloison passent pour être une affection bénigne ou tout au moins exempte de danger de mort.

Ses suites les plus fréquentes et aussi les plus désagréables consistent habituellement dans une déformation du nez par suite de la destruction du cartilage du septum.

Les classiques ne font point allusion à des complications graves et ce n'est que dans les articles récents de Canuyt, de Fischer, etc. sur la question que l'on parle de la possibilité d'une issue grave de la maladie.

A priori, on s'attendrait à un comportement bien plus agressif de ces abcès puisque certains processus suppuratifs se déroulant à quelques millimètres de la partie antérieure de la cloison, un furoncle de la lèvre supérieure par exemple, déterminent assez fréquemment des complications mortelles.

Ostéomyélite des os du crâne. Les premières observations relatant des complications graves ont été publiées assez récemment. Elles sont dues à Benjamin qui rapporte en 1930 3 cas d'abcès de la cloison compliqués d'ostéomyélite

des os du crâne et terminés par la mort. Il s'agissait respectivement d'abcès survenus à la suite d'un coryza, d'une atteinte grippale et d'une opération endo-nasale.

L'autopsie pratiquée chez deux de ces sujets a permis d'exclure comme causes possibles de l'ostéomyélite des lésions intéressant les orbites ou les cavités paranasales.

L'auteur pense que deux conditions sont indispensables pour voir apparaître cette complication redoutable.

Premièrement l'abcès du septum doit atteindre la partie toute supérieure de la cloison. Deuxièmement on doit admettre la persistance de voies de communication entre cloison et os frontal. Ces voies existent chez le nouveau-né (Dreschel), mais n'ont pu être retrouvées jusqu'ici chez l'adulte.

Méningites. La même année, Hofmann a l'occasion de suivre un cas d'abcès de la cloison chez une petite fille de 4 ans. Chez cette enfant, le diagnostic exact n'est posé qu'environ 8 jours après le début de la maladie, bien que l'apparition de symptômes inflammatoires : rougeur, œdème au niveau du nez, fût assez précoce. L'incision succédant au traitement par du sérum antidiphtérique — car on a diagnostiqué à tort diphtérie nasale — n'amène pas la défervescence. Des phénomènes méningés apparaissent environ dix jours après le début de la maladie et le liquide céphalo-rachidien hypertendu mais clair au

début prend petit à petit une teinte xanthochromique et contient un nombre considérable d'éléments figurés en partie leucocytes, en partie hématies.

La mort survient au milieu de phénomènes paralytiques au niveau des membres et des paupières supérieures.

L'autopsie a révélé l'existence de lésions méningées au niveau de la région basilaire du cerveau.

L'infection s'est propagée vraisemblablement de proche en proche car la muqueuse de la lame criblée est recouverte de pus contenant des streptocoques en chaînettes et les cellules ethmoïdales sont remplies d'une sécrétion mucopurulente.

La première étape intra-cranienne semble avoir été la thrombose d'une artère cérébrale avec rupture consécutive et dissémination septique. L'auteur admet cependant plus volontiers une propagation par mécanisme vasculo-lymphatique que par contiguïté.

En 1933, Cordeiro et Gravina présentent un cas de méningite basilaire pneumococcique consécutive à un abcès post-traumatique de la cloison nasale chez une femme de 22 ans. Vers le sixième jour après le traumatisme, on note une élévation de la température, de la céphalée frontale, des douleurs lancinantes au plus léger contact du nez et une tuméfaction nasale.

Le diagnostic d'abcès chaud de la cloison est posé. La thérapeutique adéquate instituée sur-le-champ n'empêchera pas l'apparition dès le lendemain de symptômes méningés. La ponction lombaire ramène un liquide trouble dont le sédiment contient du pneu-

mocoque. Décès quatre jours plus tard malgré le traitement classique : sérum anti-pneumococcique intra-rachidien, urotropine intraveineuse.

L'autopsie montre l'existence d'un processus inflammatoire méningé localisé à la région de la base.

Dans ces deux cas on a affaire au développement initial d'une méningite de la base se traduisant cliniquement par des paralysies oculo-motrices et vérifiée à l'autopsie.

Voies d'infection Quelles sont les voies qu'a pu
des méninges. emprunter l'infection pour arri-
ver du nez aux méninges ?

1° Dans le cas de Cordeiro, on pourrait envisager la possibilité d'une propagation directe de l'infection à travers la lame criblée, intéressée elle aussi par le traumatisme ;

2° Dans les deux cas, les veines ethmoïdales sont susceptibles d'avoir conduit des germes du foyer infecté au sinus caverneux, entraînant sa thrombophlébite et secondairement une méningite. Cependant, dans les observations de Hofmann et de Cordeiro, on ne relève aucune modification du sinus caverneux :

3° Par le mécanisme de la propagation de proche en proche sous forme d'ostéite, l'infection a pu atteindre progressivement la lame criblée, l'apophyse cristagalli et envahir finalement la dure-mère ;

4° Enfin, le long des lymphatiques de la zone olfactive qui accompagnent les filets nerveux de l'olfactif, autour desquels ils forment des gaines périneurales

et se continuent en haut à travers les trous de la lame criblée soit avec la cavité arachnoïdienne, soit avec l'espace sous-arachnoïdien.

Cordeiro pense, à la lumière des nombreux travaux d'anatomie normale et pathologique sur ces lymphatiques, que seul le quatrième mécanisme intervient dans la genèse des complications méningées des abcès du septum.

Il semble cependant que les vaisseaux lymphatiques périolfactifs ne possèdent pas le privilège de servir d'intermédiaires entre la pituitaire et les méninges.

L'autopsie de la malade d'Hofmann a en effet montré l'existence d'une thrombose au niveau d'un vaisseau de la base du crâne, en même temps que des lésions ethmoïdales, que l'on n'a nulle raison d'écarter de la détermination des complications méningées.

Rapports	Le rôle des lymphatiques de la
lymphatiques	zone olfactive a été mis en évi-
des méninges	dence par les travaux anatomiques
et de la cloison.	de Schwalbe, Key, Retzius, Zwi-
	linger et les observations cliniques
	de Killian, Hajek, Gerber. L'indépendance de ce système
	lymphatique et de celui de la zone respiratoire de la
	muqueuse nasale a été d'autre part nettement établie
	par l'anatomie descriptive (Rouvière, Moot) et par la
	pathologie expérimentale.

Le premier des deux systèmes est formé de canaux lymphatiques à direction générale antéro-postérieure, s'anastomosant en plexus aux mailles allongées,

losangiques ou fusiformes dirigées d'avant en arrière. Le second comprend des lymphatiques parallèles et verticaux. Ces deux systèmes drainent deux territoires muqueux nettement distincts et par leur aspect et par leur structure histologique et par leurs fonctions : la muqueuse de Schneider et la muqueuse olfactive.

Cette relative indépendance expliquerait la rareté des complications intra-craniennes des abcès du septum, qui se développent le plus souvent à la partie antérieure et inférieure de la cloison sous une muqueuse dont les lymphatiques vont aux ganglions rétro-pharyngiens latéraux et cervicaux profonds, et non pas sous celle dont les lymphatiques se rendent à la cavité crânienne.

Chez l'enfant, tous ces lymphatiques sont en général larges, très perméables, et la délimitation des deux territoires n'est pas aussi parfaite que chez l'adulte.

Cela permettrait d'expliquer comment un abcès non traumatique, à siège classique — comme le cas de Hofmann — peut néanmoins donner lieu à une méningite.

Autres complications La thrombo-phlébite du
intra-craniennes. sinus caverneux est excep-
tionnelle (Clay, 1932).

Berendes publie en 1934 un cas d'abcès du septum compliqué d'abcès du lobe frontal.

La propagation de l'infection par voie veineuse et

peut-être canaliculaire (veines ophtalmiques, cellules ethmoïdales) peut être invoquée dans la périostite et la cellulite orbitaires, que l'on a vues se produire au cours d'abcès de la cloison (Clay).

Complications Des complications mineures, au
cutanées. pronostic bien meilleur, peuvent
survenir au cours d'un abcès fistu-
lisé dans les fosses nasales. La présence permanente
du pus dans le vestibule du nez peut provoquer une
folliculite, des furoncles, de l'impétigo ou même
un érysipèle.

Pronostic Le nombre des complications qui ont
vital. pu être observées au cours des abcès de
la cloison est donc assez important. Mais
toutes ces complications sont extrêmement rares et,
bien que certaines d'entre elles puissent être rapide-
ment mortelles, le pronostic *quod vitam* des collec-
tions intraseptales reste pratiquement bénin.

Pronostic Il n'en est pas de même du pronostic
local. local. Ces périchondrites laissent en effet
souvent après elles des déformations
nasales dues à la destruction du cartilage quadrangu-
laire, ainsi qu'à d'autres facteurs qui interviennent
soit comme prédisposants : brièveté du bord anté-
rieur de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde (voir
pathogénie des déformations nasales), solutions de
continuité du cartilage de la cloison, soit comme

aggravants : fibrose cicatricielle, longueur de la suppuration.

Aussi le pronostic esthétique doit-il être réservé d'emblée et le médecin aura toujours intérêt à prévenir d'une déformation ultérieure possible le malade ou son entourage, qui autrement ne manqueraient pas d'attribuer le préjudice esthétique à l'opération plutôt qu'à la maladie. Mais il peut en même temps les rassurer, car ces disgrâces sont en règle générale corrigibles par une simple injection de paraffine.

Diagnostic.

Diagnostic positif. Le diagnostic est facile si l'on a soin d'admettre la possibilité d'une collection suppurée intranasale. Cette hypothèse doit venir à l'esprit toutes les fois que l'on retrouvera dans l'interrogatoire un traumatisme nasal subi peu de temps auparavant ; toutes les fois que l'on assistera à l'établissement rapide d'une obstruction nasale aiguë s'accompagnant de tuméfaction du nez et de symptômes généraux.

L'abcès froid de la cloison demande à être recherché systématiquement, car il ne se manifeste que par un certain degré de gêne respiratoire et peut ne pas s'accompagner de douleurs.

La constatation au niveau de la partie antéro-inférieure de la cloison d'une tumeur fluctuante pouvant faire saillie dans les orifices narinaires et, s'il le faut, la ponction exploratrice, pour s'assurer du contenu de la tumeur, permettront d'établir le diagnostic de certitude.

Diagnostic différentiel avec affection générale, coryza, érysipèle. Si l'on ne songe pas dès l'abord à la possibilité d'un abcès de la cloison, on risque d'imputer la fièvre et les phénomènes géné-

raux, de même que l'enchifrènement, à une quelconque affection générale s'accompagnant de coryza et de gêne respiratoire.

La tuméfaction et l'inflammation de la peau du nez, de la lèvre supérieure et des joues peut en imposer pour un érysipèle, susceptible d'ailleurs ainsi que nous l'avons dit de compliquer l'abcès. La rhinoscopie est indispensable pour trancher le diagnostic.

Mais c'est surtout l'abcès froid de la cloison qui peut prêter à des erreurs de diagnostic. Il peut être confondu avec des polypes muqueux, avec une tumeur implantée sur le pied de la cloison (adénome, sarcome, etc.), avec une malformation de la cloison (déviation), avec une tumeur kystique du cornet moyen contenant un liquide séro-purulent, avec une gomme syphilitique, un hématome, un kyste séreux de la cloison.

Là encore, c'est la détermination du siège et des caractères de la lésion par la rhinoscopie qui permettra d'éviter l'erreur.

Polypes On pourra se rendre compte que le
muqueux. polype vient de la partie supérieure et
externe de la fosse nasale, qu'il est
pédiculé, qu'il ne présente pas de fluctuation.

Néoplasmes. Les diverses néoplasies de la cloi-
son ont aussi leur caractère propre,
qui ne rappellent que de loin l'abcès du septum. En

cas de doute, la ponction et l'incision trancheraient la question.

Gomme. La gomme non ulcérée a une évolution beaucoup plus lente que l'abcès. Elle siège plus spécialement sur la cloison osseuse, elle n'est généralement pas bilatérale. La muqueuse est épaissie régulièrement à son niveau et recouverte de croûtes. Ulcérée, elle ne peut pas prêter à confusion.

Déviation Le diagnostic différentiel avec la
de la cloison. déviation de la cloison n'offre aucune difficulté. Il suffit de constater la concavité de la cloison d'un côté, sa convexité de l'autre, et sa consistance dure.

Hématome. L'hématome rappelle absolument l'aspect de l'abcès dont il est d'ailleurs souvent le début, mais les phénomènes inflammatoires font défaut.

Kystes séreux. Les kystes séreux résultant d'une péricondrite séreuse ou succédant à un hématome doivent être rapprochés des abcès à évolution chronique avec lesquels ils possèdent une grande analogie.

Diagnostic L'établissement d'un diagnostic
étiologique. étiologique peut présenter un réel intérêt dans deux ordres de faits :

1^o Il est intéressant de découvrir à l'origine de

l'abcès une cause dentaire, car l'avulsion ou le traitement conservateur de l'incisive responsable peut permettre d'abréger considérablement la durée de la suppuration et de prévenir le retour d'accidents analogues (Jacques).

2^o Dans un autre ordre d'idées, la démonstration de la nature traumatique d'un abcès du septum permet de donner une solution à des problèmes médico-légaux souvent difficiles à résoudre (voir observation VI).

Les éléments de ce diagnostic comprennent l'examen rhinoscopique systématique et quotidien des blessés du nez avec adjonction éventuelle d'un examen par les Rayons X. Ce dernier permettra quelquefois de déceler une solution de continuité au niveau des os propres.

Certains abcès peu volumineux à évolution chronique peuvent échapper à l'attention du malade, quelquefois même à celle du médecin. Dans de tels cas, de bons clichés stéréoradiographiques peuvent révéler l'existence avant toute intervention d'une perte de substance au niveau du cartilage de la cloison.

La découverte de sang à l'incision des abcès du septum n'est pas l'apanage des seuls abcès traumatiques. Le contenu sanglant d'une collection inflammatoire ne peut donc constituer une preuve en faveur de son origine traumatique.

On observe en effet assez couramment qu'à l'ouverture d'un abcès non traumatique (suite de furoncle obs. IV ou « idiopathique » obs. V), on trouve sur-

tout du sang et très peu de pus. En général et plus l'incision est précoce et plus le liquide qui s'écoule est d'aspect hémorragique. Néanmoins, comme dans l'observation IV, le microscope y décèle déjà la présence de nombreuses cellules de pus.

Pathogénie.

Le cartilage quadrangulaire s'inscrit dans l'angle ouvert en avant que forment les bords antérieurs de la lame perpendiculaire de l'éthmoïde et du vomer. Il soutient la partie fibro-cartilagineuse du nez, dont il constitue en quelque sorte la clef de voûte.

Points faibles Il existe à son niveau deux épais-
du cartilage. sissements, localisés l'un dans la
partie supérieure voisine du bord
inférieur du cornet moyen, l'autre près du bord pos-
téro-inférieur ou vomérien. Entre les deux se trouve
une zone moyenne qui atteint à peine un millimètre
d'épaisseur et quelquefois s'amincit au point de pré-
senter une perforation toute physiologique. En cet
endroit alors les deux muqueuses du septum sont
directement adossées l'une à l'autre.

Formation C'est là le siège de prédilection
de l'hématome. des hématomes et des abcès de la
cloison. Les contusions directes de
cette région y déterminent de petites lignes de frac-
ture intéressant la faible épaisseur du cartilage et

produisent des épanchements sanguins sous-muqueux bilatéraux.

Infection de l'hématome. La muqueuse sus-jacente à l'hématome, qui la distend et comprime, se trouve de ce fait dans de mauvaises conditions de circulation et de défense. Les microbes venant de l'extérieur peuvent la traverser et trouvent au niveau du sang épanché un excellent milieu de culture.

Réaction périchondrale. La muqueuse par sa couche profonde réagit aux toxines élaborées par les microbes, les leucocytes diapédèsent et l'épanchement sanguin se transforme en pus, l'hématome devient abcès. Ce n'est donc pas la périchondrite qui constitue le premier temps du processus inflammatoire, elle ne fait que succéder à l'infection d'une poche hématique.

Pathogénie des abcès non traumatiques d'origine furonculaire. Les choses se passent différemment dans les abcès non traumatiques et la voie suivie par l'infection avant d'atteindre le périchondre est aussi différente suivant qu'il s'agit d'abcès d'origine furonculaire, sinusienne ou dentaire.

Les périchondrites aiguës du nez consécutives à un furoncle du voisinage ont une pathogénie complexe et discutée.

Le furoncle est une inflammation où prédominent les phénomènes de nécrose. Le follicule pileux subissant la triple action :

1^o d'une réaction inflammatoire violente qui l'expose à des conditions de nutrition extrêmement défavorables ;

2^o de la pression d'un exsudat périfolliculaire qui ne peut s'échapper nulle part ;

3^o du staphylocoque et de ses toxines, se transforme en une masse nécrotique, le bourbillion, dont l'élimination s'accompagne de pertes de substance quelquefois assez importantes en profondeur.

Pénétration directe des germes. Les microbes peuvent ainsi pénétrer directement dans les tissus relativement éloignés de la surface, tels que la couche profonde du périchondre et le cartilage. C'est ce mécanisme direct qu'invoque Dan Mc Kenzie pour expliquer son cas (obs. I).

Mais cela n'est valable que pour les furoncles qui intéressent les vibrisses de la sous-cloison ou cet autre bouquet de poils peu important que porte la peau du ventricule du nez, appelé aussi cavité du lobule du nez. A ce niveau en effet, les furoncles creusant en profondeur peuvent atteindre directement le cartilage.

Par contre, les vibrisses bien plus importantes comme nombre et comme taille implantées perpendiculairement sur cette partie semi-lunaire de la

paroi externe ou alaire de la narine qui est sous-jacente au cartilage de l'aile du nez n'affectent pas de rapports directs avec la cloison. Les furoncles développés à leur niveau ne pourront pas atteindre directement la cloison.

Il en est de même des furoncles de l'aile du nez et de la lèvre supérieure.

Propagation On connaît par contre les rapports
veineuse. intimes du plexus veineux de la pituitaire et du plexus labial supérieur grâce aux nombreuses anastomoses qu'ils contractent au niveau de l'orifice des narines, expliquant les œdèmes fréquents et importants de la lèvre supérieure dans les infections du vestibule et de la cloison. Inversement, des microbes partis d'une lésion de la lèvre supérieure peuvent, à la faveur de ces anastomoses, atteindre le périchondre et y coloniser.

Quant aux furoncles de l'aile du nez et à ceux qui se développent dans la région si riche en vibrisses dont nous parlions plus haut, ils peuvent eux aussi se propager à la cloison en suivant les voies veineuses si nombreuses en ces points.

Transmission Mais à leur propos on peut faire
lymphatique. intervenir un autre mécanisme, lymphatique cette fois. Des vaisseaux lymphatiques ont en effet été mis en évidence, qui partis de l'aile du nez traversent la membrane fibreuse qui réunit les cartilages nasaux et par une voie endonasale aboutissent au système lymphatique

de la cloison. La face interne de l'aile du nez est également très riche en lymphatiques qui se jettent en grande partie dans le plexus du septum.

C'est probablement ce mécanisme qu'il faut invoquer dans les cas de Ramadier, de Seiferth et de Coulet.

Les abcès d'origine sinusienne. Il est difficile de savoir comment s'infecte le périchondre au cours des sinusites. Pour certains, la présence continuelle de pus dans la fosse nasale suffirait à expliquer l'inoculation de la muqueuse du septum à un moment donné.

Quant aux relations vasculaires et lymphatiques de la cloison et de la muqueuse des sinus, elles sont à l'heure actuelle encore assez mal connues.

Les abcès odontogènes. Les pathogénies proposées pour expliquer les abcès odontogènes de la cloison sont assez nombreuses.

Un fait réunit cependant tous les suffrages, à savoir que ces abcès succèdent toujours à l'atteinte d'une incisive supérieure et médiane, les incisives latérales ne donnant que des abcès du plancher ou de la paroi externe des fosses nasales.

Les différentes théories pathogéniques. De ces théories pathogéniques, la théorie lymphatique est probablement à rejeter faute de preuves anatomiques et dans l'ignorance où nous sommes des lymphatiques des os.

Ceux qui pensent que l'infection peut suivre le canal palatin antérieur ne tiennent pas compte du fait que le canal de Stenson devient imperméable dans l'immense majorité des cas dès le 2^e mois de la vie intra-utérine.

La propagation de l'infection empruntant un kyste paradentaire préexistant est théoriquement possible, mais ne saurait être invoquée dans tous les cas.

La propagation de proche en proche est la plus probable. On ne retient en général que l'hypothèse de la transmission par continuité, l'infection creusant l'os de proche en proche. La distance qui sépare la racine de l'incisive du point le plus rapproché de la cloison n'est que de 4 à 6 millimètres. L'os à cet endroit se compose de tissu spongieux très friable. De plus, des radiographies pratiquées par un grand nombre d'auteurs montrent bien l'existence d'une nécrose osseuse péri-apicale s'étendant en direction de la cloison.

Worms se dit partisan de la théorie lymphatique, mais Lemaître et Chaboche penchent plutôt vers l'hypothèse d'une propagation par voie osseuse.

Les abcès métastatiques. Dans les abcès métastatiques c'est le sang qui transporte les agents pathogènes du foyer primitif à la cloison. L'infection débute dans les couches profondes richement vascularisées du chorion muqueux. Plant a vu à l'autopsie d'un sujet mort de septicémie deux

petits abcès métastatiques dans le périchondre de la cloison. Les vaisseaux de cette région étaient complètement obstrués par des thrombus leucocytaires et les microbes y pullulaient d'une façon extraordinaire.

Les abcès Enfin, pour expliquer certains
par excoriation abcès idiopathiques, quelques au-
de la pituitaire. teurs ont invoqué la possibilité
d'une excoriation de la pituitaire
servant de porte d'entrée aux microbes qu'y déposeraient les ongles ou les doigts. Kurai a montré que la muqueuse du septum possède une résistance notable vis-à-vis de cultures microbiennes déposées à sa surface après excoriation à l'aide d'une curette. Pour déterminer un abcès expérimental de la cloison, il dut injecter des germes vivants dans le sein même de la muqueuse. L'excoriation et la contamination artificielle de la muqueuse n'ont donné qu'une ulcération de celle-ci et un épaissement réactionnel de la cloison à ce niveau par prolifération du cartilage. Nous sommes donc loin de l'abcès et de la nécrose consécutive du cartilage. Aussi est-il peu probable qu'une simple écorchure puisse aboutir à une péri-chondrite suppurée du septum, car alors nous ne comprendrions point l'absence de parallélisme entre la fréquence des lésions de grattage macro- ou microscopiques de la muqueuse de Schneider et la rareté des abcès qu'on leur a attribués.

Formation Mais dans tous les cas, qu'il s'agisse de l'abcès. d'abcès traumatique ou d'abcès non traumatique, que ce dernier soit d'origine directe ou indirecte, un abcès va se former clivant l'espace virtuel interchondro-périchondral. Le point de départ de cet abcès est situé dans la couche profonde de la fibro-muqueuse du septum dans les abcès non traumatiques. Cette couche a pour caractéristique histologique d'être faite de l'entrecroisement de faisceaux conjonctivo-élastiques qui forment à ce niveau un réseau relativement serré. Les mailles de ce réseau sont occupées par un système veineux très riche et par des lymphatiques très nombreux. Ce fait confirme d'ailleurs doublement la loi sur la répartition des lymphatiques qui dit que plus un tissu conjonctif est serré et plus il est vascularisé, plus son drainage lymphatique est assuré largement.

Toutes conditions excellentes pour la formation rapide d'une collection suppurée. Mais le chorion est mal limité du côté du cartillage et le pus à l'étroit dans ce tissu dense va fuser vers l'espace décollable. Il s'étale sur le cartilage sur une zone plus ou moins grande. Le périchondre est complètement séparé du cartilage à ce niveau.

Sa limitation. Quelle sera l'étendue du décollement ? Certains auteurs, en se basant sur l'atteinte presque toujours exclusive de la partie cartilagineuse de la cloison, affirment que cela tient à ce que le périchondre peu adhérent au cartilage se

laisse plus facilement décoller que le périoste de la lame perpendiculaire ou celui du vomer. Ce fait est contourné par les anatomistes (Shappey, Poirier) pour qui le périoste présente beaucoup moins d'adhérence à l'os sous-jacent que le périchondre du septum à son cartilage.

La limitation relative des abcès tiendrait plutôt à ceci. Au cours de l'ossification, enchondrale pour la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, périchondrale pour le vomer, ces os s'entourent d'une enveloppe conjonctive complète qui persiste chez l'adulte et dont les portions correspondant aux bords de ces os apparaissent comme autant de cloisonnements perpendiculaires au septum. Ceux-ci partent de la face profonde de la muqueuse périostée, arrivent à l'os, se continuent dans les sutures chondrovomérienne et chondro-ethmoïdale toujours de nature conjonctive (Fuchs) et par un trajet symétrique aboutissent finalement à la face profonde de la muqueuse opposée. Il se crée ainsi un certain nombre de compartiments pour les différentes portions de la cloison, susceptibles d'endiguer le pus. Inutile de dire que dans certains cas ces cloisons peuvent se rompre et l'abcès se développe librement en hauteur et en profondeur. Les cas de suppuration et de nécrose du vomer et de la lame perpendiculaire restent néanmoins assez rares.

En résumé, le décollement de la fibro-muqueuse se fait par hématome dans les abcès traumatiques et par du pus dans les abcès non traumatiques.

Cependant la pathogénie de ces abcès est loin d'être toujours aussi schématique. L'incision précoce de périchondrites non traumatiques donne souvent uniquement du sang. Celui-ci, provenant de la rupture de petits vaisseaux au cours de la turgescence et de l'hyperémie considérables de la muqueuse au début, a précédé le pus dans l'acte de décoller la pituitaire de son support cartilagineux.

Facteurs Quelle est maintenant la raison
de bilatéralité. de la bilatéralité presque constante
des abcès du septum ? Il n'y a
aucune difficulté pour expliquer celle des abcès traumatiques, car ces abcès succèdent toujours à des hématomes qui eux siègent presque toujours de part et d'autre de la cloison. Les cas où l'hématome n'occupe qu'une face de la cloison sont l'exception (Cloquet, Lannois).

En ce qui concerne les abcès non traumatiques, cette bilatéralité obéit, semble-t-il, à plusieurs facteurs.

Kurai a remarqué, au cours de ces expériences sur l'infection expérimentale du cartilage de la cloison et du pavillon de l'oreille, qu'une émulsion de staphylocoques dorés injectée profondément dans le périchondre déterminait, en même temps qu'une suppuration du côté de l'injection, la formation sur le côté opposé non contaminé du cartilage, et avant toute destruction cartilagineuse, de petits abcès en tous points semblables au premier. L'explication de

ce phénomène résiderait dans la perméabilité du cartilage pour les toxines microbiennes soit par imbibition, soit grâce aux canaux qui existeraient au sein de ce cartilage selon certains auteurs mais que d'autres considèrent comme artifices de préparation.

De plus le cartilage de la cloison présente souvent des solutions de continuité qui siègent précisément dans sa portion la plus fréquemment atteinte par les inflammations. A la faveur de ces sortes de fenêtres, le pus peut passer directement à l'autre côté du cartilage.

En troisième lieu le cartilage, sous certaines influences exposées plus bas, se détruit au cours du processus inflammatoire. Ainsi se trouvent créés des points de communication entre les deux muqueuses, dont la seconde se contamine ainsi par contact.

Enfin, les communications vasculaires, sanguines et lymphatiques sont nombreuses entre les deux muqueuses du septum, le long des bords antérieur et postérieur de la cloison.

Ce quatrième mécanisme peut également intervenir dans la bilatéralisation.

Nécrose Le cartilage pris ainsi entre deux
du cartilage. feux se laisse rapidement détruire.

Déjà privé de son enveloppe nourricière, le périchondre, et ne possédant aucun vaisseau en propre, il sera soumis au cours du stade hématome à une nécrobiose aseptique. En effet, à l'ouverture de certains hématomes et à condition qu'un certain

temps se soit écoulé entre le traumatisme et l'incision, le cartilage se trouve déjà en partie détruit.

Aux troubles de la nutrition du cartilage s'ajoute l'action directe des microbes avides de chondromucine, d'acide chondroïtine-sulfurique et d'albumoses, constituants de la substance fondamentale, toutes matières facilement attaquables, en partie hydrosolubles et dépourvues de toute inertie chimique.

Enfin, l'inflammation elle-même avec ses phénomènes de métaplasie cellulaire et de phagocytose finit par désagréger complètement ce cartilage hyalin sans charpente élastique ni fibreuse, à tel point que l'examen de pus provenant d'abcès de la cloison ne révèle souvent aucune parcelle cartilagineuse reconnaissable.

Pathogénie	Cette destruction complète du
des déformations	cartilage quadrangulaire amène
nasales.	des perturbations sérieuses dans
	la statique de l'auvent nasal.

Celle-ci est assurée dans la partie supérieure du nez par les os propres, que nous supposerons indemnes, à part les cas où ils sont directement intéressés par le traumatisme ou nécrosés par extension de la suppuration.

La partie inférieure mobile du nez doit sa morphologie à 3 sortes de cartilages.

Le cartilage quadrangulaire. Avant tout le bord antérieur du cartilage de la cloison, de tous le plus important par son épaisseur et sa longueur.

Les cartilages latéraux. En deuxième lieu les cartilages triangulaires ou cartilages latéraux.

Ce sont deux expansions en forme d'ailes du cartilage de la cloison, situées entre les os propres du nez avec lesquels ils s'articulent et les cartilages des narines. Leur bord antérieur ou interne épais se continue avec le cartilage de la cloison sur les bords de la gouttière médiane que présente le bord antérieur de celui-ci.

Certains auteurs admettent que dans certains cas ils peuvent se détacher complètement de la cloison. D'autres soutiennent que la continuité existe toujours, mais que la lame d'union peut être extrêmement mince.

Les cartilages paraboliques. Enfin, les cartilages des narines ou cartilages paraboliques. Des deux branches de la parabole, l'externe soutient le bord libre des ailes du nez, l'interne forme avec son homologue le squelette de la sous-cloison.

Le sommet des deux paraboles constitue la charpente du lobule du nez. Celui-ci n'est jamais intéressé dans les déformations nasales, car le cartilage de la cloison passe au-dessus de la sous-cloison et son

bord antéro-inférieur reste à distance de la peau du lobule du nez.

Les différentes déformations. Il résulte de ces considérations que si le bord antérieur du cartilage de la cloison est détruit par la suppuration, le nez mobile se trouve menacé dans sa forme. D'où le coup de hache sous-jacent aux os propres lorsque la destruction intéresse la partie supérieure du bord antérieur ; d'où également l'encoche au-dessus du bout du nez (qui lui est toujours intact) quand c'est la partie inférieure du bord antérieur du cartilage qui est résorbée. Ces déformations s'accompagnent d'aplatissement, d'élargissement et d'épatement du nez, comparable à une tente qui s'affaisse privée de son pilier central.

Pourquoi certains abcès ne s'accompagnent-ils pas de déformations ? Dans certains cas malgré des lésions destructives très avancées la forme du nez ne subit aucune modification.

Etendue de la nécrose. Cela tient le plus souvent à ce que la suppuration a respecté une lame étroite le long du bord antérieur de ce cartilage.

Rapports de la lame Mais quelquefois aussi (Poi-
perpendiculaire rier) la lame perpendiculaire
de l'ethmoïde contracte des rapports exagé-
et des os nasaux. rés avec les os nasaux des-
cendant même au-dessous
d'eux, ce qui est fréquent. Dans ce cas la partie
osseuse donc résistante du squelette nasal augmente
d'étendue aux dépens de la partie cartilagineuse et la
destruction de cette dernière retentit dans un degré
moindre sur le dessin de l'arête nasale.

Rôle Dans d'autres cas les cartilages
des cartilages triangulaires étant d'une part soli-
triangulaires. daires avec les os propres, d'autre
part relativement indépendants du
cartilage quadrangulaire (quelquefois dans leur partie
supérieure, toujours dans leur partie inférieure où
ils s'en écartent) peuvent dans une certaine mesure
assurer la conservation de la forme du nez dans la
région qui dépend d'eux.

Les déformations qui surviennent au niveau du
nez sont souvent précoces et visibles dès le 3^e-4^e jour
de la maladie lorsque le nez n'est pas noyé dans
l'œdème.

Dans ce cas, elles sont dues purement et simple-
ment à la destruction du cartilage de la cloison.

Rétraction fibreuse D'autres fois, la déformation
dans les déforma- ne devient apparente qu'après
tions tardives. guérison de l'inflammation.
Dans ce cas elle est détermi-

née par la rétraction du tissu fibreux qui remplace dans l'épaisseur de la cloison le cartilage détruit. Kurai a montré qu'au niveau de la cloison, pour peu que la destruction cartilagineuse soit de quelque importance, la réparation se fait toujours par du tissu conjonctif et ce n'est que sur les bords du trou fait dans le cartilage que l'on décèle une faible couche de tissu cartilagineux néoformé.

Nous verrons que la possibilité d'une malformation par rétraction cicatricielle entraîne une thérapeutique précise des abcès de la cloison.

Traitement.

Principes du traitement. La périchondrite suppurée de la cloison nasale est un abcès et doit être traitée comme telle. Cela revient à dire qu'elle doit être incisée pour permettre au contenu purulent de l'évacuer.

Incision et évacuation du pus. Aussi a-t-on admis universellement que l'abcès du septum réclame une thérapeutique chirurgicale consistant avant tout dans l'incision et dans l'évacuation du pus sans attendre l'ouverture spontanée toujours insuffisante. Kaufmann est le seul auteur qui propose d'attendre et même de provoquer cette ouverture spontanée à l'aide de pommades et de pulvérisations émollientes.

Modalités de l'incision. Les modalités de l'incision sont nombreuses. Après anesthésie locale au Bonain (Laurens) ou au mélange cocaïne-adrénaline (Menzel, etc.) ou même sans anesthésie (Gougenheim), une incision est pratiquée. Elle doit être franche, intéressant toute l'épaisseur, quel-

quefois considérable, de la muqueuse (turgescence, infiltration inflammatoire).

Elle est pratiquée soit en plein abcès, soit à sa limite antérieure.

Elle est le plus souvent linéaire.

Longue de 1 à 2 cm., elle est tantôt horizontale parallèle à la sous-cloison (Menzel), tantôt oblique et parallèle aux branches de l'artère de l'épistaxis (Escat), voire même verticale remontant très haut (Gougenheim). Voorhees conseille d'adjoindre à l'incision horizontale une incision verticale antérieure.

On a préconisé d'exciser la muqueuse en forme d'ellipse pour avoir un meilleur jour et un drainage plus large (Schaeffer).

On peut se servir d'un bistouri ou de la pointe d'un galvanocautère, qui aurait l'avantage de supprimer le danger d'hémorragie et de retarder la soudure des lèvres de la plaie.

Evacuation L'évacuation du pus se fait quelque-
du pus. fois avec un aspirateur au moment de l'intervention, ou est assurée par le malade lui-même les jours suivants. On peut lui conseiller, en effet, de presser son nez de temps à autre entre le pouce et l'index d'une main.

L'abcès de la cloison est presque toujours bilatéral, d'où cet autre principe de son traitement sur lequel l'unanimité est cependant loin d'être acquise : l'incision bilatérale à droite et à gauche.

Certains auteurs la pratiquent systématiquement,

d'autres seulement en cas de mauvais drainage de la poche non incisée, d'autres enfin l'évitent à dessein.

L'abcès de la cloison se développe entre une couche de cartilage, tissu très fragile, et une couche de muqueuse qui n'est autre que la membrane nourricière du cartilage. Celui-ci se nécrose rapidement, et tous les auteurs sont d'accord pour dire que l'incision doit être hâtive, précoce une fois le diagnostic posé.

Nettoyage La cavité de l'abcès ne contient pas de la cavité. seulement du pus, mais aussi des amas de granulations provenant de la désintégration du cartilage et du périchondre, quelquefois des esquilles osseuses et des parcelles cartilagineuses verdâtres, ramollies, gélatineuses, encore adhérentes au périchondre. Peut-on dans ce cas se contenter d'une simple incision ou faut-il débarrasser la cavité de l'abcès de tout ce qu'elle contient de pathologique ?

Les uns répondent affirmativement à la première question et après une bonne incision, tout en drainant la poche, abandonnent à la nature le soin de l'élimination spontanée des tissus sphacelés.

Les autres se servent pour nettoyer la cavité d'injections antiseptiques (eau oxygénée, Lugol, eau formolée, solution de sublimé) à l'aide d'une seringue, le jet liquide ayant pour but de détacher ce qui adhère et de laver les parois de la poche.

D'autres sont plus radicaux encore (Laurens, Menzel). Ils font une ablation instrumentale de tous les

fragments nécrosés ou même de ceux qui font encore corps avec le septum, mais à en juger par leur aspect et leur consistance sont déjà voués à la destruction. Ce temps s'exécute tantôt à l'aveuglette en se basant sur la mobilité du fragment rencontré, tantôt sous le contrôle de la vue, après avoir introduit un speculum nasi entre les lèvres de la plaie.

Drainage. La cavité doit-elle être drainée ? Les partisans de la méthode conservatrice, de celle qui escompte l'élimination spontanée des débris malades, doivent obligatoirement drainer. C'est un drainage de nécessité. Il s'exécute au moyen de mèches simples ou iodoformées, une auge faite avec des crins de Florence que l'on introduit la partie pliée la première dans la poche et dont on retire un brin tous les jours jusqu'à cicatrisation.

Les mèches sont tantôt soigneusement tassées, tantôt simplement introduites dans la plaie pour empêcher celle-ci de se fermer prématurément. Elles sont renouvelées tous les jours.

Les partisans du nettoyage systématique se divisent en deux camps : ceux qui drainent même après inspection et curetage soigneux de la cavité — c'est un drainage de sécurité — et ceux qui ne drainent pas du tout (Menzel).

Tamponnement Le traitement doit encore répondre à une dernière indication.
des fosses
nasales Pour obtenir un accollement correct des deux muqueuses, pour les

empêcher de se décoller des surfaces osseuses et cartilagineuses restées saines et enfin pour éviter une déviation de la cloison par rétraction fibreuse, bon nombre d'auteurs tamponnent les fosses nasales.

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, des déviations de la cloison ont pu être observées après résection sous-muqueuse de la cloison ou encore dans certaines maladies professionnelles, par exemple chez les tourneurs sur bois traité par l'acide chromique qui contractent des ulcères, des abcès ou des perforations de la cloison. On attribue ces déviations soit à la rétraction du tissu cicatriciel, consécutive à la lésion, soit à une perturbation dans le jeu des forces élastiques de la cloison restante.

Le tamponnement est en outre nécessaire quelquefois pour arrêter l'hémorragie qui se produit souvent au moment de l'incision.

Les tampons sont laissés dans le nez de 6 à 12 h. par les uns, 2-3 jours par les autres.

Certains le jugent dangereux arguant de la possibilité de sinusites par stagnation des sécrétions. Nous ne connaissons aucune observation où ce tamponnement aurait occasionné des ennuis du côté du sinus.

Vaccins. Mais le traitement des abcès de la cloison n'est pas toujours purement chirurgical. Lermoyez et Moulouguet vantent les vaccins polyvalents (propidon) en injection sous-cutanée comme ayant pour effet de limiter les dégâts du pus et d'abréger la durée de la suppuration.

Bactériophage. Ramadier est à notre connaissance le premier à avoir employé du bactériophage spécifique (préparé à partir du pus de l'abcès : autobactériophage) et déclare s'en être très bien trouvé sous forme de pansements intracavitaires, à l'aide de mèches imbibées de bactériophage ou sous forme de lavages biquotidiens de la poche.

Raiga se contente même d'une ponction évacuatrice suivie d'injection de bactériophage dans la cavité de l'abcès.

Les traitements sont donc nombreux. Quels sont les résultats qu'ils permettent d'obtenir ? La guérison survient toujours quelle que soit la méthode employée. Les différences ne résident que dans la durée et le résultat esthétique, ce dernier difficile à apprécier, car les déformations peuvent préexister au traitement.

Durée du traitement. La durée du traitement est de une à plusieurs semaines dans la très grande majorité des cas. Nous n'avons trouvé que chez Menzel la relation de guérisons extrêmement rapides, 2 à 3 jours. Sa « triade thérapeutique » consiste en incision unilatérale droite, nettoyage instrumental de la cavité sous le contrôle de la vue et tamponnement des fosses nasales (et non pas de la poche) pendant 2-3 jours, sans drainage. Après ablation des tampons, le malade est pratiquement guéri. Il n'a eu qu'une fois sur cinq une déformation nasale légère, d'ailleurs ébauchée déjà au moment de l'intervention.

En somme, de tous les traitements des abcès antérieurs de la cloison, celui qui nous paraît le plus rationnel, le plus conforme aux grands principes de la chirurgie, le plus moderne aussi, peut se définir ainsi :

Résumé	Après désinfection de la partie
des différents	accessible de la fosse nasale droite
temps	à l'aide d'un tampon d'ouate imbi-
du traitement.	bé d'eau oxygénée, assécher et badi-
	geonner aseptiquement la mu-
	queuse à inciser avec une solution à 10 % de cocaïne
	additionnée d'adrénaline.

Incision horizontale de 1 cm. 1/2 à 2 cm. dans la région de l'abcès la plus rapprochée de la narine.

Laisser le pus s'écouler. Introduction dans la fente d'un spéculum à nez. Assèchement de la cavité.

En se servant de pinces coupantes et de pinces à griffes, on enlève tous les débris tissulaires et l'on morcelle toute cette zone de cartilage qui est ramollie et gélatineuse, jusqu'à ce qu'on arrive sur du cartilage sain. Ensuite à l'aide de curettes tranchantes on gratte les parois de l'abcès jusqu'à trouver du tissu résistant, criant sous la curette et saignant franchement. Ablation de tous les débris détachés.

Une mèche de 5 à 6 cm. imbibée de bactériophage polyvalent est introduite dans la cavité. (Elle reste en place jusqu'au lendemain pour être enlevée alors par simple traction sans toucher aux tampons.)

Un tamponnement serré uniquement antérieur est

fait de part et d'autre de la cloison. Les tampons sont retirés le surlendemain. Les jours suivant, introduction dans les narines d'une pommade nasale antiseptique.

En cas de fièvre, ce qui est la règle, on fait du propidon le jour de l'intervention.

Les abcès postérieurs. Le traitement des abcès postérieurs de la cloison diffère notablement de celui des antérieurs. Ces abcès sont extrêmement rares et surviennent tantôt à la suite d'une résection sous-muqueuse de la cloison, tantôt comme complication d'une sinusite aiguë ethmoïdale ou sphénoïdale.

Dans le premier cas, un hématome se forme d'un côté ou de l'autre de la partie respectée de la cloison par l'intervention.

Cet hématome s'infecte et donne naissance à un abcès postérieur.

Ces abcès restent souvent unilatéraux. L'os est alors respecté la plupart du temps, car le périoste qui lui reste accolé sur une face continue à pourvoir à sa nutrition.

Si, par contre, l'abcès est bilatéral ou lorsque l'infection a emprunté la voie osseuse pour se propager à la cloison, l'os s'infecte et se nécrose.

Aussi le traitement consiste-t-il en incision horizontale large au niveau de l'abcès ou mieux encore excision d'une bande de muqueuse pour avoir plus facilement vue dans cette région peu accessible et pour

assurer un meilleur drainage. Les esquilles et séquestres sont enlevés soigneusement, après quoi on tamponne. Menzel conseille le tamponnement bilatéral jusqu'à cessation de la suppuration et des symptômes généraux. Il change les tampons tous les 2-3 jours.

Le traitement des abcès de la cloison, institué d'une façon précoce et conduit correctement, permet d'éviter la déformation nasale dans un grand nombre de cas ou du moins limitera cette dernière au minimum.

Traitement des déformations. Les procédés de rhinoplastie qui ont été tentés pour supprimer la déformation nasale lorsqu'elle se produit sont nombreux et variés : greffe costale ostéo-cartilagineuse, inclusion de petites prothèses d'or ou de petits ressorts, de plaques de celluloid, etc.

La méthode correctrice la plus répandue en raison de la simplicité de son instrumentation, de sa technique et de son caractère peu traumatisant, consiste dans l'emploi des injections de paraffine fusible à 50°.

Conclusion.

1° L'abcès de la cloison nasale est une périchondrite le plus souvent d'origine traumatique, quelquefois non traumatique.

2° En dehors du traumatisme, les causes susceptibles de déterminer un abcès du septum sont nombreuses : affections rhinopharyngées, nasales, dentaires, cutanées, sinusiennes ; maladies infectieuses, suppurations à distance.

3° L'abcès de la cloison, habituellement bilatéral, a le plus souvent une marche aiguë. Les abcès chroniques sont rares.

4° Les complications graves intra-craniennes sont exceptionnelles.

5° Le pronostic des périchondrites du septum est donc pratiquement bénin et n'est assombri légèrement que par la fréquence des déformations nasales.

6° Le cartilage quadrangulaire se détruit en effet très souvent sous l'action de la suppuration. Mais sa

destruction ne suffit pas toujours à elle seule à amener des déformations, car d'autres facteurs interviennent en même temps : rétraction fibreuse, variétés anatomiques de l'arête nasale, participation ou non des cartilages triangulaires.

7° Le traitement doit être précoce et avoir pour but d'abréger la durée de la suppuration. Il consiste en incision de l'abcès, inspection de la cavité, ablation instrumentale de tout tissu détruit ou en voie de destruction, drainage court, tamponnement des fosses nasales. Les vaccins en injection et le bactériophage en application locale ont rendu service.

Vu : le Président de la thèse,
LEMAITRE.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Abbott.* — Cleveland Journ., 13, n° 3.
- Arslan.* — Ascesso del setto nasale (Bol. di mal. d'orechio., 1896).
- Artelli.* — Ref. Int. Zentralbl. f. Laryng., 1912, p. 115.
- Ball.* — Hématome du septum nasal (British med. Journ. 1890).
- Bargy.* — Abscess de la cloison nasale (Rev. heb. de Laryng., 1906).
- Baumgarten.* — Hématomes de la cloison nasale (Wiener Klin. Rndsch., 1905).
- Beaussenat.* — Thèse de Paris, 1864.
- Benjamin.* — Ostéomyélite des os du crâne, suite d'abcès de la cloison nasale (Arch. f. Ohrenheilk., 126, 1930).
- Benz.* — Périchondrite métastatique du septum nasal (Zeitschr. f. Laryng., p. 231, 1932).
- Bérard.* — Arch. gén. de médecine, t. XIII, p. 407.
- Berendes.* — Abscess du lobe frontal, complication d'abcès du septum (Zeitsch. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. 37, p. 148, 1934).
- Bermingham.* — Abscess de la cloison nasale (Med. Age, 1893).
- Beynès.* — Les abscess chauds non traumatiques de la cloison nasale (Th. de Paris, 1921).
- Bishop.* — Journ. of the Amer. med. ass., 1893.
- Broekert.* — Prothèse nasale au moyen d'injection de paraffine solide (Rev. heb. de Laryng., 1901).

- Busutti.* — Abscess du septum nasal (Arch. ital. di otol., 45, p. 726, 1934).
- Canuyt.* — Les abcès de la cloison nasale (La Médecine, p. 307, 1922).
- Carter.* — Med. Journ. and Rec. 119, n° 3, 1924.
— Abscess traumatique du septum nasal chez les enfants (Eye, ear, nose and throat Monthly, p. 352, oct. 1932).
- Casabianca.* — Thèse de Paris, 1876.
- Chauveau.* — Abscess de la cloison à bacilles de Koch. (Arch. Intern. de Laryng., 1906).
- Chiari.* — Les maladies du nez.
- Chousseaud.* — Prothèse nasale par les injections de paraffine (Th. de Bordeaux, 1902).
- Clay.* — Abscess de la cloison compliqué d'infection de l'orbite et du sinus caverneux (J. of opht., otol. and laryng., p. 254 1922).
- Cloquet.* — Journal hebdomadaire de Médecine, VII, p. 345, 1830.
- Coakley.* — Le traitement des abcès de la cloison (The laryngoscope, 1903).
- Colonna-Walewsky.* — Thèse de Paris, 1897.
- Cordeiro et Gravina.* — Sur un cas d'abcès du septum, consécutif à un traumatisme et compliqué de méningite (Rev. otolaryng. de São-Polo, 1933).
- Coulet.* — Abscess de la cloison d'origine furoncleuse (Ann. d'oto-laryng., p. 991, sept. 1932).
— Abscess de la cloison nasale, suite d'herpès (Ann. d'oto-laryng., p. 344, 1933).
- Culbert.* — Abscess bilatéral de la cloison avec symptômes de septicémie (Ann. of otol. and rhinol., 1903).
- Dantziger.* — Les périchondrites soi-disant idiopathiques du septum (Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1897).

- Delavan.* — Un cas de périchondrite aiguë idiopathique de la cloison nasale (Arch. of laryng., p. 33, 1883).
- De Rosa.* — Abscess de la cloison nasale (Arch. ital. di otol., 1902).
- Di Vestea.* — Abscess de la cloison nasale d'origine dentaire (Il Valsalva, p. 79, 1928).
- Épaul.* — Hématomes et abscess de la cloison (Th. de Bordeaux, 1909).
- Escat.* — Technique oto-rhino-laryngologique.
- Feldstein.* — Les abscess de la cloison nasale (Journ. des prat., n° 44 bis, 1934).
- Fischenich.* — Sur l'hématome et les périchondrites primitives de la cloison nasale (Arch. f. Laryng., 1899).
- Fischer.* — Hématomes, abscess, kystes séreux de la cloison nasale (Concours Méd., p. 24, 1929).
- Flemming.* — Dublin Journ. of the med. sciences, p. 16, 1833.
- Fournier.* — Les abscess de la cloison nasale (Th. de Montpellier, 1919).
- Friedheim.* — Thèse de Berlin, 1897.
- Friedrichen.* — Abscess bilatéral de la cloison (Zentralbl. f. innere Med., 1903).
- Fuchs.* — Histologie normale de la cloison nasale (Zeitschr. f. Zellforsch. u. mikr. Anat., 12, p. 715, 1931).
- Fuchsig.* — Etiologie et pathogénie des abscess de la cloison nasale (Wiener klin. Wochenschr., 1903).
- Garcia e Ilurre.* — Abscess du septum (Med. Ibero, p. 503, 1934).
- Garel.* — Hématomes, abscess et kystes séreux de la cloison nasale (Lyon médical, 1898).
- Gates.* — Abscess du septum nasal (Med. Age, 1892).
- Ghassburg.* — Rapport sur deux cas d'abscess de la cloison (J. am. of med. ass., p. 1123, 1922).
- Gougenheim.* — Des abscess chauds de la cloison du nez (Fraenkel's Arch. f. Laryng., 1896).
- Verhandl. des X. Internat. Congr. Berlin, 1890.

- Des abcès inflammatoires de la cloison nasale (Ann. des mal. de l'oreille, 1897).
- Abcès d'origine traumatique de la cloison nasale (*ibid.*, 1899).
- Hecht.* — Périchondrite grippale de la cloison du nez (Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1900).
- Helsmoortel junior.* — Abcès du septum du nez d'origine dentaire (Rev. de laryng., d'otol. et de rhinol., n° 11, 1931).
- Herck.* — Notes sur le traitement des abcès de la cloison (Arch. int. de lar., 1894).
- Hertzfeld.* — Un cas d'érysipèle de la pituitaire compliqué d'abcès bilatéral de la cloison (Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1893).
- Herwald.* — Journ. of the Amer. med. ass., 1892.
- Hofmann.* — Abcès du septum suivi de méningite et de rupture d'une artère du cerveau (Monatsschr. f. Ohrenheilk., p. 1409, 1932).
- Horgan.* — Abcès de la cloison du nez datant de 6 ans (Journ. of Laryng., p. 215, 1917).
- Hubbard et Gleitsmann.* — New-York ass. of med., 1894.
- Hunter Tod.* — Abcès du palais osseux et de la cloison, suites d'empyème du sinus maxillaire gauche (Comptes rendus de la Soc. d'oto-rhino-laryng. de Londres, 7 nov. 1902).
- Ivanova.* — Périchondrite de la cloison nasale d'origine dentaire (Zentral. f. Ohrenheilk., p. 858, 1927).
- Jacques.* — Abcès palato-nasal odontogène sans carie (Rev. Méd. de l'Est, p. 544, t. 58).
- Jurasz.* — Maladies du nez, 1891.
- Killian.* — Sur un cas de périchondro-périostite de la cloison nasale d'origine dentaire (Münch. Med. Woch. 1900).

- Koffler.* — Abscess de la cloison nasale (Intern. Zentralbl. f. Laryng., p. 417, 1918).
- Labarrière.* — Sur deux abscess de la cloison nasale (Gaz. méd. de Picardie, p. 181, 1928).
- Labernadie.* — Erysipèle et abscess de la cloison avec élimination de séquestres (Oto-rhino-laryng. intern., p. 206, 1926).
- Lacoarret.* — Société Française de Laryngologie, 1894.
- Lange.* — Hématomes et abscess de la cloison nasale (*in* Traité d'Heymann).
- Lannois.* — Précis des maladies de l'oreille, du nez, etc., 1908.
- Laurens.* — Chirurgie oto-rhino-laryngologique.
- Lavrand.* — Abscess chaud de la cloison chez un bébé de deux mois et demi (Journ. des Sciences méd. de Lille, 1900).
- Ledermann.* — Abscess traumatique de la cloison. Déformation corrigée par la paraffine The Laryngoscope, 1906).
- Lublinski.* — Périchondrite idiopatique aiguë de la cloison nasale (Berl. Klin. Woch., 1893).
- Périchondrite aiguë suppurée de la cloison nasale (Deut. med. Woch., 1908).
- Luc.* — Société Française de Laryngologie, 1890.
- Mac Burney.* — Hématome du nez (Internat. Journ. of Surgery, 1892).
- Mac Kenzie.* — Abscess de la cloison nasale secondaire à un furoncle du vestibule (The Journ. of. Laryng., rhinol. a. otol., p. 138, 1914).
- Maisonneuve et Velpeau.* — Gazette des Hôpitaux, 1841.
- Mangabeira-Albernaz.* — Le polype de la leishmaniose (Arch. de Laryng., p. 139, 1926).
- Abscess odontogène du septum nasal (Ann. d'Oto-laryng., p. 302, 1931).
- Mazzochini.* — Abscess du septum nasal par carie dentaire (Boll. di mal. d'orecchio, p. 190, 1934).

- Menzel.* — Abscès de la cloison, curettage, tamponnement. 5 cas (Zeitschr. f. Hals-Nasen- u. Ohrenheilk., p. 349, 1929).
- Milligan.* — Abscès bilatéral de la cloison du nez (The Journ. of Lar., 1898).
- Misch.* — Les rapports de la stomatologie et de l'O.-R.-L. (Zentralbl. f. Ohrenheilk., t. VIII, p. 4).
- Moran.* — Thèse de Bordeaux, 1894.
- Morell-Mackenzie.* — Traité pratique des maladies du nez. Trad. Moure, 1887.
- Mori.* — Abscès du septum, suite d'infection dentaire (Taiwan Jeakkai Zasshi, Abstr. Sect., p. 112, 1932).
- Moure.* — Revue de Laryngologie, 1888.
- Moure et Brindel.* — Guide pratique pour les maladies de l'oreille, etc., 1898.
- Nasiell.* — Abscès odontogène de la cloison nasale (Zentralbl. f. Ohrenheilk., p. 262, 1928).
- Newcomb.* — New-York med. Record, 1908.
- Ninger.* — Internat. Zentralbl. f. Laryng. u. Rhinol., t. XVI.
- O'Roe.* — Difformités du nez produites par un abcès du septum nasal (New-York med. Journ., 1893).
- Parsons.* — Abscès de la cloison nasale de nature probablement charbonneuse (J. Am. of med. ass. 1908).
- Passow.* — Les affections inflammatoires de la cloison (in Traité des mal. du nez, etc. de Denker et Kohler, t. II, p. 487).
- Plaut.* — Virchows Archiv. f. Pathol. Anat., t. 238, p. 473, 1922).
- Pollak.* — De la périchondrite séreuse de la cloison du nez (Congrès antr. d'otologie, 1896).
- Ricci.* — Boll. di mal. d'orecchio, 1890.
- Abscès aigu du nez d'origine dentaire (Boll. di mal. d'orecchio, 1903).
- Réthy.* — Maladies du nez, 1892.
- Rice.* — Arch. of pediatry, 1894.

- Rices.* — Périchondrites du nez (The Laryngoscope, 1897).
- Rode.* — De quelques cas d'abcès traumatiques de la cloison (Wien. klin. Woch., 1902).
- Rousseau.* — La clinique. Bruxelles, 1092.
- Rudakoff.* — Abcès de la cloison, suites de grippe. 4 cas (Monatsschr. f. Ohrenheilk., p. 1319, 1928).
- Ruthner.* — Périchondrite aiguë idiopathique de la cloison nasale (Arch. f. Lar., 1899).
- Schaeffer.* — L'abcès de la cloison nasale chez les enfants (Intern. klin. Rund., 1890).
- Abcès de la cloison, 5 cas (Therap. Monatshefte, p. 477, 1890).
- Schapiro.* — Périchondrite aiguë odontogène du septum nasal (Zentralbl. f. Ohrenheilk., t. 12, p. 27, 1928).
- Schech.* — Les maladies du nez, 1888.
- Schroeder.* — Un cas de périchondrite idiopathique aiguë de la cloison nasale (Berl. klin. Woch., 1893).
- Seiferth.* — Etiologie des abcès du septum (Beitr. z. Anat. Phys., u. s. w., d. Ohres, p. 81, 1926).
- Semon.* — Empyème du sinus maxillaire gauche, abcès du septum (Soc. of Laryng., London, 1893).
- Somers.* — Périchondrites chroniques de la cloison du nez (Med. Record, 1899).
- Strazza.* — Un cas d'abcès de la cloison du nez (Ann. des mal. de l'oreille, 1888).
- Theissing.* — Thèse de Breslau, 1897.
- Vatstzaroff.* — Thèse de Nancy, 1894.
- Vialle.* — Complications rares après septotomie sous-périostée (Oto-rhino-lar. intern., 1927).
- Voorhees.* — Traitement des abcès de la cloison nasale (The Laryngoscope, p. 652, 1929).
- Wagner.* — Un cas de périchondrite aiguë idiopathique de la cloison (Arch. of Laryng., p. 59, 1880).

- Wasowski.* — Un cas extraordinaire d'abcès de la cloison
(Polsk. Przegląd laryngol., vol. VII, n° 1, 1930).
- Watermann.* — Abcès de la cloison au cours de la scarlatine
(Bull. de l'Ac. de Méd. de New-York, 1898).
- Wright.* — Remarques sur la pathologie de la cloison nasale
(Brooklyn med. Journ., 1899).
- Wroblewsky.* — *Fraenkels arch. f. Laryng.*, 1894.
- Zaufal.* — Abcès de la partie cartilagineuse de la cloison
nasale (*Prag. Med. Woch.*, 1893).
- Zumbrich.* — Périchondrite aiguë idiopathique de la cloison
(*Wien. klin. Woch.*, 1899).
-